



3 1761 11701484 5



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117014845>

34



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'Euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Thursday, February 24, 1994

Le jeudi 24 février 1994

Tuesday, March 15 1994

Le mardi 15 mars 1994

Issue No. 1

Fascicule n° 1

Including the organizational meeting

Y compris la séance d'organisation

WITNESS:
(See back cover)

TÉMOIN:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin

DeWare

* Fairbairn (or Molgat)

Gigantès

Keon

* Lynch-Staunton

(or Berntson)

Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin

DeWare

* Fairbairn (ou Molgat)

Gigantès

Keon

* Lynch-Staunton

(ou Berntson)

Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Minutes of the Proceedings of the Senate*, Wednesday, February 23, 1994:

The Honourable Senator Neiman moved, seconded by the Honourable Senator Lavoie-Roux:

THAT a special committee of the Senate be appointed to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide;

THAT notwithstanding Rule 86(1)(b), the Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault act as members of the special committee, and that three members constitute a quorum;

THAT the Committee have power to send for persons, papers and records, to examine witnesses, to report from time to time and to print such papers and evidence from day to day as may be ordered by the committee; and

THAT the committee present its final report to the Senate no later than December 15, 1994.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat

Gordon L. Barnhart

Clerk of the Senate

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Procès-verbaux du Sénat* du mercredi 23 février 1994:

L'honorable sénateur Neiman propose, appuyé par l'honorable sénateur Lavoie-Roux,

QU'un comité spécial du Sénat soit formé pour examiner, afin d'en faire rapport, les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté;

QUE, nonobstant l'article 86(1)(b) du Règlement, les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault composent ce comité spécial et que le quorum soit constitué de trois membres;

QUE le comité ait le pouvoir de faire comparaître des personnes et produire des documents, d'entendre des témoins, de faire rapport de temps à autre et de faire imprimer au jour le jour documents et témoignages, selon les instructions du comité; et

QUE le comité présente son rapport final au Sénat au plus tard le 15 décembre 1994.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, February 24, 1994

(1)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met at 11:00 a.m. this day for the purpose of organization pursuant to rule 89.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Gigantès, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault (6).

Others Senators present: The Honourable Senator Johnson.

In attendance: From the Library of Parliament: Ms Mollie Dunsmuir and Mr. Daniel Dupras.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

The Committee met, pursuant to rule 89, to elect a Chairman and to consider various organizational, administrative and financial matters pursuant to Rule 87(1)(g).

The Clerk presided over the election of the Chairman.

The Honourable Senator Lavoie-Roux moved that the Honourable Senator Neiman be elected Chairman of the Committee.

The question being put on the motion, it was resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Neiman took the Chair.

The Honourable Senator Perrault moved that the Honourable Senator Lavoie-Roux be elected Deputy Chairman of the Committee.

The question being put on the motion, it was resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Lavoie-Roux moved that the Sub Committee on Agenda and Procedure be composed of the Chairman, the Deputy Chairman and the Honourable Senator DeWare and, as a substitute, Senator Beaudoin.

The question being put on the motion, it was resolved in the affirmative.

The Honourable Senator Lavoie-Roux moved that 500 copies of the *Proceedings* be printed for distribution and that the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to increase the number should demand warrant it.

After debate, and the question being put on the motion, it was resolved in the affirmative.

It was agreed, that the Committee ask the Library of Parliament to assign research officers to the Committee, and that the Chairman, on behalf of the Committee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses and summaries.

The Chair introduced Ms Mollie Dunsmuir and Mr. Daniel Dupras from the Library of Parliament.

It was agreed, that, pursuant to Rule 103, reasonable travelling and living expenses be paid to witnesses invited to appear before the Committee and that such expenses be paid at the discretion of

PROCÈS-VEBAUX

OTTAWA, le jeudi 24 février 1994

(1)

[Traduction]

Le Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 11 h pour organiser ses travaux conformément à l'article 49 du Règlement.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Gigantès, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault (6).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Johnson.

Également présents: De la Bibliothèque du Parlement: Mme Mollie Dunsmuir et M. Daniel Dupras.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Le Comité se réunit, conformément à l'article 89 du Règlement, pour élire un président et pour étudier diverses questions à caractère organisationnel, administratif et financier relevant de l'alinéa 87(1)g du Règlement.

Le greffier préside à l'élection du président.

L'honorable sénateur Lavoie-Roux propose que l'honorable sénateur Neiman soit présidente du Comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Neiman occupe le fauteuil.

L'honorable sénateur Perrault propose que l'honorable sénateur Lavoie-Roux soit vice-présidente du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Lavoie-Roux propose que le Sous-comité du programme et de la procédure se compose du président, du vice-président et de l'honorable sénateur DeWare et, à titre de remplaçant, du sénateur Beaudoin.

La question, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Lavoie-Roux propose qu'on fasse imprimer 500 exemplaires des *Délibérations du Comité* et que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé d'augmenter la quantité si la demande le justifie.

Après discussion, la question, mise aux voix est adoptée.

Il est convenu, que le comité demande à la Bibliothèque du Parlement de lui assigner des attachés de recherche et que le président, au nom du comité, supervise la rédaction des études, des analyses et des résumés confiés au personnel de recherche.

La présidente présente Mme Mollie Dunsmuir et M. Daniel Dupras de la Bibliothèque du Parlement.

Il est convenu, que, conformément à l'article 103 du Règlement, une indemnité raisonnable pour frais de déplacement et de séjour soit versée à tout témoin invité à comparaître devant

[Texte]

the Committee subject to a maximum of two (2) representatives per organization

At 12:10 a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

[Translation]

le Comité et que ces frais soient payés à la discrétion du Comité jusqu'à concurrence de deux (2) représentants par organisation.

À 12 h 10, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Paul Bélisle

Clerk of the Committee

OTTAWA, Tuesday, March 15, 1994

(2)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day in Room 256-S, at 7:10 p.m., the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux, Molgat, Neiman and Perrault (8).

Other Senators present: The Honourable Senator Nolin.

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir and Mr. Daniel Dupras.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee began its hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

WITNESS:

From McGill University:

Dr. Edward W. Keyserlingk

Dr. Keyserlingk made a statement and answered questions.

The Honourable Senator Lavoie-Roux moved that reasonable travel and living expenses for Edward W. Keyserlingk for the purposes of appearing before this Committee be paid upon request.

The question being put on the motion, it was agreed.

At 9:05 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Greffier intérimaire du Comité

Heather P. Lank

Acting Clerk of the Committee

OTTAWA, le mardi 15 mars 1994

(2)

Le Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 19 h 10, à la pièce 256-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux, Molgat, Neiman et Perrault (8).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Nolin.

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Mollie Dunsmuir et M. Daniel Dupras.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le Comité entreprend ses audiences consacrées à l'étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

TÉMOIN:

De l'Université McGill:

M. Edward W. Keyserlingk

M. Keyserlingk fait une déclaration et répond aux questions.

L'honorable sénateur Lavoie-Roux propose que l'on rembourse sur demande à M. Edward W. Keyserlingk les frais raisonnables de déplacement et de séjour qu'il a engagés pour comparaître devant le comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 9 h 05, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, February 24, 1994

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 11:00 a.m. to organize the activities of the committee.

Mr. Paul Bélisle, Clerk of the Committee: Honourable senators, we have a quorum.

The first item of business is the election of a chairman. I am ready to receive nominations to that effect.

Senator Lavoie-Roux: I move that Senator Neiman be appointed chairman of this committee.

Mr. Bélisle: Senator Lavoie-Roux has moved that Senator Neiman be elected as chairman of the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide.

Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

Mr. Bélisle: I declare the motion carried and the Honourable Senator Neiman duly elected chairman of this committee.

I invite Senator Neiman to take the Chair.

Senator Neiman (Chairman) in the Chair.

Senator Perrault: Madam Chair, I move that Thérèse Lavoie-Roux be elected as vice-chair of this committee.

Senator Gigantès: I second the motion.

The Chairman: Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Carried.

Honourable senators, I am very pleased to have you with us this morning. However, I am sorry to report that Dr. Keon cannot be here. Apparently he has an emergency this morning. I have spoken to him, and he is very keen to be part of this committee. The questions we will be dealing with are ones he has struggled with since he began the practice of medicine. I am sure he will be a very valuable member of the committee, as will you all.

Honourable senators, we have a number of procedural details to attend to this morning. The next item of business is the selection of a steering committee.

Normally, this is a very small committee, but we will have a steering committee of three to deal with the day-to-day details that always arise during committee hearings. We can appoint one senator, or we can appoint a senator and suggest an alternative if need be, from time to time, designated by the remaining members of the committee. That might be useful because occasionally one of the members of our steering committee might be unavailable. Therefore, it would be helpful to be able to appoint a substitute.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 24 février 1994

[Traduction]

Le Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit ce jour à 11 heures pour organiser les activités du comité.

M. Paul Bélisle, greffier du comité: Honorables sénateurs, nous avons le quorum.

Le premier point à l'ordre du jour est l'élection du président. Je suis prêt à recevoir vos propositions.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je propose que le sénateur Neiman soit élu présidente du comité.

M. Bélisle: Le sénateur Lavoie-Roux propose que le sénateur Neiman soit élu présidente du Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Plaît-il aux honorables sénateurs d'adopter cette motion?

Des voix: D'accord.

M. Bélisle: Je déclare la motion adoptée et l'honorable sénateur Neiman dûment élu présidente du comité.

J'invite le sénateur Neiman à prendre le fauteuil.

Le sénateur Neiman (présidente) occupe le fauteuil.

Le sénateur Perrault: Madame la présidente, je propose que Thérèse Lavoie-Roux soit élue vice-présidente du comité.

Le sénateur Gigantès: J'appuie la motion.

La présidente: Plaît-il aux honorables sénateurs d'adopter cette motion?

Des voix: D'accord.

La présidente: Adoptée.

Honorables sénateurs, je suis enchantée de vous voir ici aujourd'hui. J'ai malheureusement le regret de vous annoncer que le Dr Keon ne sera pas là. Il a apparemment été appelé pour une urgence ce matin. Je lui ai parlé, et il est vivement intéressé à participer au comité. Les questions dont nous allons parler sont des questions auxquelles il a été confronté depuis qu'il pratique la médecine. Je suis certaine qu'il apportera une contribution très précieuse au comité, comme vous tous.

Honorables sénateurs, nous avons diverses questions de procédure à régler ce matin. Le point suivant concerne la sélection du comité de direction.

Nous sommes normalement un très petit comité, mais nous aurons un comité de direction composé de trois personnes pour s'occuper des questions de détails au jour le jour qui se présentent toujours lors d'audiences de comité. Nous pouvons nommer un sénateur ou nommer un sénateur et proposer un remplaçant, désigné par les autres membres du comité, qui sera disponible le cas échéant. C'est une précaution utile car il peut arriver qu'un des membres de notre comité de direction ne soit pas libre. Il serait donc utile de prévoir un remplaçant.

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: Madam Chairman, I move that Honourable Senator DeWare be appointed as the third member of the steering committee and, as a substitute, Senator Beaudoin.

The Chairman: Is it your pleasure to adopt the motion, honourable senators?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Carried.

The next item of business is a motion to print the committee proceedings. It is suggested that 500 copies — that is the usual number for hearings of this kind — be printed for distribution and that the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to increase that number should demand warrant an increase. Perhaps we should start with a modest number. I have a strong suspicion that, with the interest engendered in this committee, we may have to raise the number.

Senator Lavoie-Roux: I will so move.

I have one question. Were the number of copies reduced this year from 500 to 300 or 200 on some committees?

Mr. Bélisle: They were reduced. Some committees have gone to 400 copies. At an organizational meeting last week, the distribution of copies was set at 500.

Senator Lavoie-Roux: If they are at 500, fine.

Mr. Bélisle: Given the calls and interest in this committee, I would be careful.

Senator Beaudoin: Five hundred is certainly a minimum.

Senator Lavoie-Roux: I have no objection to increasing the number, but the theory is that on some committees, 500 has been too many. I realize, however, that this committee is of a different nature.

The Chairman: Our clerk has undertaken to watch the numbers closely.

It has been moved that we will print 500 copies of the proceedings. Agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Carried.

The next item of business deals with the permission to hold meetings without a quorum. This is occasionally done to receive papers and briefs but not to take any kind of official —

Senator Beaudoin: Madam Chair, I do not think this committee should sit without a quorum. It is a small committee of seven and a very important committee.

The Chairman: I have no objection to that.

Senator Beaudoin: The quorum is only three. It would be a mistake to sit with only two.

Senator DeWare: I agree with that. We should strike out item six on the agenda.

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Madame la présidente, je propose que l'honorable sénateur DeWare soit le troisième membre du comité de direction et que le sénateur Beaudoin soit nommé remplaçant.

La présidente: Plaît-il aux honorables sénateurs d'adopter cette motion?

Des voix: D'accord.

La présidente: Adoptée.

Le point suivant concerne une motion d'impression des délibérations du comité. On suggère d'en faire imprimer 500 exemplaires — c'est le nombre normal pour des audiences de ce genre — et que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé d'augmenter la quantité si la demande le justifie. Nous devrions peut-être commencer par un nombre modeste. J'ai bien l'impression que, vu l'intérêt suscité par ce comité, nous serons amenés à accroître ce nombre.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je propose la motion.

J'ai une question. N'a-t-on pas ramené cette année le nombre d'exemplaires de 500 à 300 ou 200 pour certains comités?

M. Bélisle: Il y a eu des réductions. Certains comités ont décidé de faire imprimer 400 exemplaires. Lors d'une réunion d'organisation la semaine dernière, on a fixé à 500 le nombre d'exemplaires à imprimer.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si c'est 500, c'est très bien.

M. Bélisle: Étant donné l'intérêt que soulève le comité, j'aurais tendance à être prudent.

Le sénateur Beaudoin: Cinq cents, c'est certainement un minimum.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je n'ai pas d'objection à augmenter ce nombre, mais en théorie, 500, c'est trop pour certains comités. Évidemment, celui-ci est assez particulier.

La présidente: Notre greffier s'est engagé à faire une comptabilité rigoureuse.

Il est proposé que nous fassions imprimer 500 exemplaires de nos délibérations. D'accord?

Des voix: D'accord.

La présidente: Motion adoptée.

Le point suivant concerne l'autorisation à tenir des réunions en l'absence de quorum. On le fait parfois pour recevoir des documents et des mémoires, mais pas pour entendre des interventions officielles...

Le sénateur Beaudoin: Madame la présidente, je ne crois pas que notre comité devrait siéger s'il n'a pas le quorum. C'est un petit comité de sept personnes, et un comité très important.

La présidente: Je n'ai pas d'objection à cela.

Le sénateur Beaudoin: Le quorum n'est que de trois personnes. Il ne faudrait pas siéger s'il n'y en a que deux.

Le sénateur DeWare: Je suis d'accord. Il faudrait supprimer le point 6 de l'ordre du jour.

[Text]

The Chairman: Agreed.

The next item of business refers to research staff. Mollie Dunsmuir from the Research Branch of the Library of Parliament is with us this morning. Mr. Dupras is here as well from the Library of Parliament. Ms Dunsmuir has been doing a lot of work on this issue. We should undertake to make use of the library facilities.

In speaking to my leader and deputy leader, they have no objection to hiring outside help. We should look at that very carefully. Several names and suggestions have been put to us. The clerk of the committee is putting the names and backgrounds together. We would like to look at the names and consult with the committee as to who is most appropriate. We have had several calls and have been given the names of several people who could be very helpful. This will be a complex hearing. We want someone with expertise and knowledge in the field and someone with writing ability to aid us before we prepare a final report. Once we have the names or have narrowed them down, we will bring them back to the committee for consideration.

Senator Lavoie-Roux: Perhaps members of the committee could make suggestions to add names to the list.

The Chairman: By all means.

Senator Lavoie-Roux: As certain needs become evident, we should add names to the list.

Senator Beaudoin: Because of the nature of this committee and the many aspects it entails — legal, social, religious and others, — I think we should circulate the names of our witnesses among the members of the committee.

The Chairman: Absolutely.

Senator Beaudoin: It is probable that in one, two or three years we will have to consult experts from outside Parliament.

The Chairman: Absolutely. This is just what I am thinking of, Senator Beaudoin.

Incidentally, we have appointed a steering committee because there are many routine things that can be handled by three of us, but in any of the important areas, such as something relating to witnesses, for example, I would like to consult with the whole committee. As you say, the committee is very small. I think it is important for everyone to be involved in all the essential decisions of the committee. In any event, we can leave that for the moment and start putting together a list.

Is it agreed that we will retain research assistance from the Library of Parliament?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: They are very helpful. The committee, then, will ask the Library of Parliament to assign research officers to this committee. The suggested motion reads:

[Traduction]

La présidente: D'accord.

Le point suivant concerne le personnel de recherche. Nous avons avec nous ce matin Mollie Dunsmuir, du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, ainsi que M. Dupras, lui aussi de la Bibliothèque du Parlement. Mme Dunsmuir a beaucoup travaillé sur la question. Nous devrions prendre des dispositions pour utiliser les ressources de la Bibliothèque.

J'ai parlé à mon leader et à mon leader suppléant, et ils n'ont pas d'objection à ce que nous engagions du personnel à l'extérieur pour nous aider. Nous devrions examiner cela soigneusement. On nous a proposé plusieurs noms et suggestions. Le greffier du comité est en train de préparer un dossier avec les noms et les références de ces personnes. Nous souhaiterions voir avec le comité qui conviendrait le mieux. Nous avons reçu plusieurs appels et on nous a donné le nom de plusieurs personnes qui pourraient nous être très utiles. Nous allons tenir des audiences complexes. Il nous faut une personne connaissant parfaitement le domaine et capable de rédiger un texte pour nous aider à préparer notre rapport final. Une fois que nous aurons fait une présélection, nous soumettrons les noms des candidats au comité.

Le sénateur Lavoie-Roux: Les membres du comité pourraient peut-être suggérer d'autres noms à ajouter à la liste.

La présidente: Certainement.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si certains besoins se font jour, il faudrait ajouter des noms à la liste.

Le sénateur Beaudoin: Étant donné la nature de notre comité et les multiples domaines auxquels il touche — juridique, social, religieux et autres — je pense qu'il faudrait distribuer la liste des témoins aux membres du comité.

La présidente: Certainement.

Le sénateur Beaudoin: Il est probable que dans un, deux ou trois domaines nous devons consulter des experts en dehors du Parlement.

La présidente: Certainement. C'est précisément ce que je pensais, sénateur Beaudoin.

Soit dit en passant, nous avons nommé un comité de direction car il y a une foule de questions de routine que nous pouvons régler tous les trois, mais pour tout ce qui concernera des points importants, par exemple les témoins, je souhaiterais consulter l'ensemble du comité. Comme vous l'avez dit, notre comité est très petit. Je pense qu'il est important que chacun de nous participe à ses décisions essentielles. Quoi qu'il en soit, nous pouvons laisser cela de côté pour l'instant et commencer à établir une liste.

Êtes-vous d'accord pour retenir les services d'agents de recherche de la Bibliothèque du Parlement?

Des voix: D'accord.

La présidente: Ils sont très utiles. Le comité va donc demander à la Bibliothèque du Parlement d'assigner des agents de recherche à notre comité. Voici le texte de la motion:

[Texte]

That the Chairman, on behalf of the Committee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses and summaries.

However, that will be done in consultation with everyone.

With regard to authorization to retain services of experts, I think we can leave that until I have consulted with you again and we have looked at the names. We can make that decision later.

With regard to travelling expenses of witnesses, when I was chairman of the Legal and Constitutional Affairs Committee a long time ago, our committee was quite infamous for not travelling very much. We had a very low budget, and I would encourage witnesses, whenever possible, to come to Ottawa. We made it a habit to encourage people to offer to come, so that we did not have to pay their expenses. However, if the committee specifically invited witnesses, then we had to pay their expenses.

Mr. Bélisle, what is your recommendation here?

Mr. Bélisle: The recommendation is that we pay the travelling expenses of two witnesses. If ever there was a delegation of more than two requesting expenses, I think you would have to come back for authorization. However, for the time being, I at least have a mandate to limit them.

Senator Beaudoin: Is two the ceiling?

Mr. Bélisle: No.

Senator Lavoie-Roux: Ten could come, but we would pay only for two.

Senator Beaudoin: What if we need a third witness in a certain area?

The Chairman: This refers to two witnesses from any one organization.

Do we pay for two witnesses for one night or two nights?

Mr. Bélisle: It depends on where they are from. If they are from Vancouver, they may have to be here for two nights.

Senator Lavoie-Roux: Or if we delay them because something unexpected comes up.

Mr. Bélisle: However, if the committee invites witnesses to come, the rule is that the committee usually pays.

Senator Beaudoin: When we invite, we pay?

Mr. Bélisle: If they request it.

Senator Lavoie-Roux: Do not make a general rule of that.

Senator Perrault: It is very pricey.

The Chairman: It can be, but apart from that, it depends on the delicate wording of our invitation, or our notice to them that we would appreciate hearing from them. Obviously, some organizations can well afford to pay their own expenses. In fact, some of the national organizations have their headquarters here in Ottawa, although other people may wish to come as well. We would be happy if any of the organizations feel they can pay

[Translation]

Qu'au nom du Comité, le président supervise la rédaction des études, des analyses et des résumés par le personnel de recherche.

Toutefois, cela sera fait en consultation avec chacun des membres.

En ce qui concerne l'autorisation de retenir les services de conseillers de l'extérieur, je pense que nous pourrions prendre cette décision plus tard, une fois que je vous aurai consultés et que nous aurons examiné les noms proposés.

Pour ce qui est des frais de déplacement des témoins, quand j'étais présidente du Comité des affaires juridiques et constitutionnelles il y a bien longtemps, notre comité avait la triste réputation de ne pas voyager beaucoup. Nous avions un très petit budget, et j'encourageais les témoins à venir à Ottawa dans toute la mesure du possible. Nous avions l'habitude d'inciter les témoins à venir nous rencontrer, ce qui nous évitait de leur payer des frais de déplacement. Toutefois, quand le comité invitait lui-même des témoins, nous leur payions leurs frais.

Monsieur Bélisle, quelle est la recommandation sur ce point?

M. Bélisle: Il est recommandé de payer les frais de déplacement de deux témoins. Dans le cas d'une délégation de plus de deux personnes, je pense que vous devriez demander une autorisation spéciale. En tout cas, pour l'instant, je suis chargé de limiter le nombre.

Le sénateur Beaudoin: Deux, c'est le maximum?

M. Bélisle: Non.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ils peuvent venir à dix, mais nous n'en indemniserons que deux.

Le sénateur Beaudoin: Et si nous avons besoin d'un troisième témoin dans un domaine particulier?

La présidente: Il s'agit de deux témoins par organisation.

Nous leur payons une ou deux nuits?

M. Bélisle: Cela dépend d'où ils viennent. S'ils viennent de Vancouver, ils peuvent être obligés de passer deux nuits ici.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ou si nous les retenons pour une raison imprévue.

M. Bélisle: Toutefois, si le comité invite des témoins, c'est normalement lui qui paie.

Le sénateur Beaudoin: Si c'est nous qui les invitons, nous payons?

M. Bélisle: S'ils le demandent.

Le sénateur Lavoie-Roux: N'en faites pas une règle générale.

Le sénateur Perrault: Cela coûte très cher.

La présidente: C'est possible, mais cela dépend en outre de la délicate formulation de notre invitation, ou de l'avis que nous leur envoyons pour leur dire que nous serions heureux de les entendre. Il est bien évident que certaines organisations ont les moyens de payer. En fait, certaines des organisations nationales ont leur siège ici même à Ottawa, quoique d'autres personnes puissent aussi souhaiter venir comparaître. Tant mieux s'il y a des

[Text]

their own way, but there are certain charitable organizations that do not have a great deal of money.

Senator Perrault: Is there no possibility at all of having some of these hearings outside of Ottawa?

The Chairman: We do not have to rule it out.

Senator Perrault: There is a built-in advantage to being here in central Canada, as there is in the case of many other committees. However, this is a major issue in British Columbia, with the Sue Rodriguez case, and not to have any hearings in British Columbia or Western Canada, I think, poses problems. I know that we have a tough fiscal framework.

Senator Lavoie-Roux: My feeling would be that we not rule it out. On the other hand, one advantage in having the hearings in Ottawa, other than from a cost-saving point of view, is the fact that I believe many of our colleagues will be interested in hearing as many of the witnesses as they can. Therefore, let us not rule it out, but perhaps the general policy would be to do as much as possible in Ottawa.

Senator Gigantès: This is an issue of great public interest. We know from experience that the Ottawa media tend to ignore the Senate, except if they can find something derogatory to say about us. For instance, if we had the crazy idea of building a tunnel from the East Block to the Centre Block, we would have cameras and media here all the time.

Senator Perrault: At both ends of the tunnel.

Senator Gigantès: If we hold the hearings here, the media may look at them once, but not again. This is a major issue with legal, ethical, moral, medical and other aspects to it. The rest of the country is interested. We have found that if we go out of Ottawa, the media in other parts of Canada pay attention.

Because the issue is so important and will affect the whole of Canada, we have to think in terms of giving it public exposure. This is not a partisan issue. All the committees have had the experience that, when they go out of Ottawa, they get ink and time on television and radio which they do not get if they stay here.

Senator Beaudoin: I will refer to an experience that I had with the constitutional committee, which had a strict and short mandate, as has this committee. I would not rule out, as my colleague Senator Lavoie-Roux has said, the possibility of hearings being held outside of Ottawa. However, travelling causes lost time. We have many witnesses to hear in many very important spheres, and I think we should do everything possible to stay in the capital of Canada to hear them.

[Traduction]

organisations qui estiment pouvoir payer leurs propres frais, mais il y a aussi certaines organisations caritatives qui n'ont pas beaucoup d'argent.

Le sénateur Perrault: Il est absolument exclu de tenir certaines de ces audiences en dehors d'Ottawa?

La présidente: Nous n'avons pas à exclure cette possibilité.

Le sénateur Perrault: Il est avantageux par définition d'être ici au centre du Canada, comme c'est le cas pour de nombreux autres comités. Toutefois, la question qui nous concerne a une grande importance en Colombie-Britannique, avec l'affaire Sue Rodriguez, et je pense que nous aurions des problèmes si nous ne tenions pas d'audiences en Colombie-Britannique ou dans l'Ouest. Je sais bien que nous avons des contraintes financières rigoureuses.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je pense qu'il ne faudrait pas exclure cette possibilité. D'un autre côté, l'avantage des audiences à Ottawa, indépendamment des économies qu'elles permettent de réaliser, est de permettre à tous nos collègues qui le souhaitent d'entendre le plus grand nombre possible de témoins. Par conséquent, je propose de ne pas écarter cette possibilité mais de décider qu'en principe nous tiendrons le plus possible nos audiences à Ottawa.

Le sénateur Gigantès: C'est une question qui a énormément de retentissement dans le public. Nous savons par expérience que les médias d'Ottawa ont tendance à ignorer le Sénat sauf s'ils trouvent des ragots à raconter sur nous. Si par exemple nous avions l'idée farfelue de faire construire un tunnel entre l'édifice de l'Est et l'édifice du Centre, nous aurions les caméras et les journalistes sur le dos en permanence.

Le sénateur Perrault: Aux deux bouts du tunnel.

Le sénateur Gigantès: Si nous tenons nos audiences ici, les médias vont peut-être s'y intéresser une fois, mais ce sera tout. Il s'agit d'une importante question comportant des aspects juridiques, éthiques, moraux, médicaux et autres, qui intéressent tout le reste du pays. Nous savons que si nous sortons d'Ottawa, les médias des autres régions du Canada s'intéressent à ce que nous faisons.

Comme il s'agit d'une question de cette importance qui concerne tout le Canada, il faut faire en sorte qu'elle reçoive une certaine publicité. Ce n'est pas une question de parti pris politique. Tous les comités ont pu constater que, quand ils quittent Ottawa, on leur donne dans les journaux, à la télévision et à la radio une place qu'ils n'ont pas quand ils restent ici.

Le sénateur Beaudoin: Je vais vous parler de mon expérience au comité sur la Constitution, qui avait un mandat strict et concis, comme celui-ci. Comme ma collègue le sénateur Lavoie-Roux l'a dit, je crois qu'il ne faut pas exclure la possibilité de tenir des audiences en dehors d'Ottawa. Toutefois, les voyages prennent du temps. Nous allons devoir entendre de nombreux témoins dans des domaines très importants, et je pense qu'il faut essayer dans toute la mesure du possible de les entendre dans la capitale du Canada.

[Texte]

I am not too sure that more attention will be given if we travel. The same problem always arises when a committee travels. Every province and territory wants to have hearings. In my opinion, time and energy are lost. If a majority is in favour of travelling, I will go along with it, but my first reaction is to stay in Ottawa. In my opinion, we will get a lot of publicity in any event. We will lose less time, less energy and we will focus on many important problems. The alternative is also possible, but that is another story.

Senator Lavoie-Roux: I can understand Senator Gigantès' point of view. He stated that we will receive greater publicity. I do not think that is what we are looking for. It will come without asking for it, in any event.

We should not rule out the possibility of travelling to British Columbia or elsewhere. However, it would not be my inclination, although it is not because of a question of money, seriously speaking.

The committee will have to give deep thought to this subject. The committee will have to conduct hearings in an atmosphere that does not present a publicity type of meeting.

One way in which to palliate the problem raised by Senator Gigantès is to give it some thought. We need not decide on this today. Perhaps we can work out a good communication program. At the same time as we report to the chamber, for example, every three months, we could translate the report into more simple language then communicate it to the various press in all provinces.

This is almost a job for monks. We do not want to create panic in the country, but we do wish people to be aware.

Senator Perrault: Madam Chair, whether we meet in Ottawa or in the regions, it must be perceived that we have been meticulously fair to all viewpoints.

Senator Beaudoin: That is basic.

Senator Lavoie-Roux: Yes, absolutely.

Senator Perrault: We do not want any group to state that it was not heard from, or denied an opportunity to appear, because it happened to be sited in Halifax or Vancouver. It must be perceived that it is fair and evenhanded.

Senator Beaudoin: We all agree with that.

Le sénateur Gigantès: Je suis d'accord avec le sénateur Perrault.

Les gens à travers le pays considèrent que cette sorte de sujet leur appartient et n'appartient pas seulement aux législateurs. Nous sommes dans une nouvelle période de grandes consultations. Les gens s'attendent à cela maintenant.

Je l'avais commencé avec M. Spicer malgré le fait qu'à mon avis, c'était un désastre. On peut corriger les aspects désastreux de ce qu'a fait M. Spicer. Le fait est que les citoyens du Canada

[Translation]

Je ne suis pas certain qu'on nous accordera plus d'attention si nous voyageons. On a toujours le même problème quand un comité voyage. Chaque province et chaque territoire veut avoir ses audiences. À mon avis, on perd du temps et de l'énergie. Si la majorité souhaite voyager, je la suivrai, mais ma première réaction serait de rester à Ottawa. À mon avis, nous aurons beaucoup de publicité de toute façon. Nous perdrons moins de temps, moins d'énergie et nous pourrions nous concentrer sur de nombreux problèmes importants. On peut aussi choisir l'autre formule, mais c'est une autre histoire.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je comprends le point de vue du sénateur Gigantès. Il dit qu'on aura plus de publicité de cette façon-là. Je ne crois pas que ce soit cela que nous recherchons. De toute façon, nous l'aurons sans la rechercher.

Il ne faudrait pas exclure la possibilité de nous rendre en Colombie-Britannique ou ailleurs. Toutefois, ce n'est pas vers cette formule que je pencherais, bien que ce ne soit pas pour une question d'argent, sérieusement.

Il va falloir que le comité réfléchisse soigneusement à ce point. Les audiences devront se tenir dans un climat serein, et pas à grand renfort de publicité.

Pour trouver une solution au problème soulevé par le sénateur Gigantès, la meilleure chose est de prendre le temps d'y réfléchir. Nous n'avons pas besoin de décider aujourd'hui. Nous pourrions peut-être mettre au point un bon programme de communications. Quand nous ferons rapport à la Chambre, par exemple, tous les trois mois, nous pourrions traduire le rapport dans un langage plus simple et le communiquer aux divers représentants de la presse dans toutes les provinces.

C'est presque un travail de moine. Nous ne voulons pas semer la panique dans le pays, mais nous voulons quand même sensibiliser la population.

Le sénateur Perrault: Madame la présidente, que nos audiences se tiennent à Ottawa ou dans les régions, le public ne doit pas pouvoir douter un seul instant de notre impartialité totale à l'égard de tous les points de vue.

Le sénateur Beaudoin: C'est fondamental.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, absolument.

Le sénateur Perrault: Il n'est pas question qu'un groupe puisse se plaindre de ne pas avoir été entendu ou de ne pas avoir pu comparaître parce qu'il est de Halifax ou de Vancouver. Il faut que l'exercice apparaisse équitable et impartial.

Le sénateur Beaudoin: Nous sommes tous bien d'accord.

Senator Gigantès: I agree with Senator Perrault.

People throughout the country feel that they, and not just legislators, have a right to decide these kinds of issues. We are in a new era of vast consultations. People have come to expect them.

I got the process started with Mr. Spicer, although in my opinion, it was a complete failure. We can certainly avoid Mr. Spicer's blunders. The fact is, Canadians feel a sense of

[Text]

considèrent certaines choses comme leur appartenant. Ils veulent avoir accès aux discussions des législateurs autour de ces choses.

Si nous allons à quelque part, comme Vancouver, et que nous tenons des réunions avec des experts, l'on peut avoir un auditoire qui est là et qui voit ce qui se passe. C'est très important.

Les institutions politiques du pays ne nous ont pas en odeur de sainteté! Je trouve souvent que l'attitude des médias et du peuple envers nous n'est pas juste mais on ne peut pas simplement déplorer ce fait. Il faut tâcher de le corriger par une transparence aussi grande que possible.

C'est pour cette raison que je suggère que l'on voyage un peu. Je préfère rester chez moi, je vous l'assure, avec mes chiens. Je crois que c'est notre devoir de laisser les Canadiens toucher, pour ainsi dire, avoir un rapport tactile et auditif, avec leur sens, aux délibérations d'un comité qui traite d'un sujet qui affecte toutes les familles du pays.

Senator DeWare: I certainly agree with everything that has been said so far, but perhaps we are jumping the gun a little. We should start the proceedings of the committee and feel the response in the country. If by July, August or September we feel that to round out the evidence we should hear from witnesses who are in Nova Scotia or Atlantic Canada, then perhaps they could get together in one area.

Let us look at the list of witness from whom we would like to hear, and those who are appearing before the committee, and then decide if we have to travel to hear from witnesses to round out the picture. Let's not put the cart before the horse today.

Senator Beaudoin: Not necessarily travelling, but travelling if necessary.

Senator DeWare: Let's not rule it out.

Senator Perrault: You are sounding like a King Liberal now.

Senator Beaudoin: This committee is non-partisan.

Senator DeWare: Let's feel the pulse of the Canadian public and if the Canadian public feels we are neglecting a particular area, work from there.

The Chairman: I think there is consensus. We will go through the witness list in a few moments.

The other matter we are looking at is the question of public relations and consultants. Mr. Bélisle has spoken to a couple of people who have had experience with Senate committees. It is very important that we have the right type of public exposure, wherever possible, on this.

We do not have the authority from the Senate as yet, but I think we will get it because I have discussed it with my colleagues. This is an undertaking of the Senate that we want to be well explained to the public and well understood by the public in a sensitive manner.

We will return to that subject at one of our next meetings and be in a position to make a recommendation.

Senator Johnson: Are these outside consultants?

[Traduction]

ownership over certain issues. They want to be part of legislators' discussions around those same issues.

If we travel to Vancouver, for instance, and hold meetings with experts, we can invite the public to attend and see for themselves what the process is all about. It is very important that we do that.

We are not held in high esteem by the political powers that be these days! I often feel that the media and Canadians in general are not very fair with us, but we cannot just sit back and lament that state of affairs. We have to try and correct it by being as open as possible.

That is why I am suggesting that we do travel a little. Believe me, I would rather stay home with my dogs. But I feel it is our duty to let Canadians experience, with their own eyes, ears, and senses, so to speak, the work of a committee dealing with a matter which affects every family in the country.

Le sénateur DeWare: Je suis tout à fait d'accord avec tout ce qui a été dit jusqu'à présent, mais nous anticipons peut-être un peu. Il faudrait commencer nos travaux et voir la réaction du pays. Si nous nous apercevons en juillet, en août ou en septembre qu'il faudrait aller écouter des témoins en Nouvelle-Écosse ou dans le Canada atlantique pour compléter nos témoignages, nous pourrions peut-être les réunir dans une région.

Regardons la liste des témoins que nous souhaitons entendre et de ceux qui voudraient comparaître devant le Comité, et nous pourrions décider s'il faut voyager pour aller entendre des témoins et compléter notre information. Ne mettons pas la charrue avant les boeufs.

Le sénateur Beaudoin: On ne voyage pas nécessairement, on voyage si nécessaire.

Le sénateur DeWare: Ne l'excluons pas.

Le sénateur Perrault: On croirait entendre un libéral de King.

Le sénateur Beaudoin: Il n'y a pas de partisanerie dans ce comité.

Le sénateur DeWare: Allons prendre le pouls du public canadien, et si le public estime que nous négligeons un domaine particulier, nous aviserons.

La présidente: Je pense que nous avons un consensus. Nous allons examiner dans quelques instants la liste des témoins.

Nous avons aussi la question des relations publiques et des conseillers de l'extérieur. M. Bélisle a parlé à une ou deux personnes qui ont une expérience des comités du Sénat. Il est essentiel que nos travaux soient correctement retransmis au public chaque fois que ce sera possible.

Le Sénat ne nous a pas encore confié ce pouvoir, mais je pense que nous l'aurons car j'en ai parlé avec mes collègues. C'est une entreprise du Sénat qu'il faut expliquer avec doigté et bien faire comprendre au public.

Nous reviendrons sur la question lors de nos prochaines réunions et nous pourrions alors présenter une recommandation.

Le sénateur Johnson: S'agit-il de conseillers de l'extérieur?

[Texte]

The Chairman: Yes.

Senator Johnson: What is their area of expertise?

The Chairman: We are not talking about consultants right now. We are talking about public relations, people who have experience dealing with the manner in which Senate and parliamentary committees operate.

We did talk about consultants earlier and we are also looking into that subject.

Senator Beaudoin: For a subject such as this — in the same manner as the committee dealing with the Constitution — I do not think that we need a public relations person. This is such a high profile subject in the public mind that we will be heard and will receive a lot of publicity.

Senator Johnson: I raised the matter simply because of what is being stated. We must be very sensitive about what is said in this area outside of the Senate, the senators themselves, the people in the Senate who are involved with communications. In terms of outside communication the subject is very sensitive.

This is the first meeting. I do not know if there are plans or what the overall strategy should be. However, I caution the committee and remind it that the Senate is under scrutiny.

Senator Beaudoin: It is because in some other committees, which I will not name, a fortune was spent on public relations. I think we should avoid that at all costs. We do not need that.

The Chairman: What we will do is have Paul Bélisle draw up a list of people, not only of consultants but of PR people, in order to give us some facts and figures. We will look at both matters when we come back. I think that is the best thing to do.

Senator Beaudoin: I agree.

The Chairman: I know that my leaders certainly feel that the work of this committee will be extremely important, very delicate and easily misunderstood, if we do not ensure that the right messages get out. Unfortunately, some times members of the media, if left to their own devices, pick up on the sensational aspects of something and give an imbalanced report. That is something we very much want to avoid, but it is something we can come back to at our next meeting.

Senator Gigantès: Madam Chairman, will you allow me to butt into this issue? I have been involved on the PR side of my party and know that there is nothing we can do, no matter what consultants we hire, to prevent a journalist from the *Toronto Sun* being sensationalistic at our expense. The thing we have to do — and each one of us knows it already, I am not giving advice — is to be particularly sensitive in the way we question and not to show any preference for one side or the other. I am for euthanasia as far as my own person is concerned.

[Translation]

La présidente: Oui.

Le sénateur Johnson: Quel est leur domaine de spécialisation?

La présidente: Il n'est pas question de conseillers de l'extérieur pour l'instant. Nous parlons simplement de relations publiques, de gens qui ont une expérience du fonctionnement des comités du Sénat et du Parlement.

Nous avons parlé tout à l'heure de conseillers, et nous examinons aussi cette question.

Le sénateur Beaudoin: Pour un sujet comme celui-ci, un peu comme dans le cas du comité qui s'est penché sur la Constitution, je ne pense pas que nous ayons besoin d'un spécialiste des relations publiques. C'est un sujet dont on parle déjà tellement que nous aurons de toute façon beaucoup de publicité.

Le sénateur Johnson: Je soulevais simplement la question à cause de ce qui est dit ici. Nous devons faire très attention à ce qui se dit dans ce domaine en dehors du Sénat, à ce que disent les sénateurs eux-mêmes, les personnes du Sénat qui s'occupent de communications. Au niveau des communications extérieures, c'est une question très délicate.

C'est notre première réunion. Je ne sais pas si nous avons planifié la stratégie d'ensemble. Je veux simplement faire une mise en garde au Comité et lui rappeler que le Sénat est surveillé.

Le sénateur Beaudoin: C'est parce que dans d'autres comités, que je ne nommerai pas, on a dépensé une fortune pour les relations publiques. Je pense que nous devrions éviter cela à tout prix. Nous n'en avons pas besoin.

La présidente: Nous allons demander à Paul Bélisle de nous préparer une liste de personnes, pas seulement des conseillers de l'extérieur mais des spécialistes des relations publiques, pour avoir des faits et des chiffres. Nous examinerons les deux questions lors de notre prochaine réunion. Je pense que c'est la meilleure chose à faire.

Le sénateur Beaudoin: D'accord.

La présidente: Je sais que mes leaders ont la conviction que les travaux de notre comité seront très importants, très délicats et pourront très facilement donner lieu à des malentendus si nous ne faisons pas passer correctement nos messages. Malheureusement, il arrive que les journalistes, si on les laisse livrés à eux-mêmes, s'en tiennent simplement aux aspects sensationnels de quelque chose et présentent une vision déformée de la question. Il faut absolument éviter cela, mais nous pourrions y revenir lors de notre prochaine réunion.

Le sénateur Gigantès: Madame la présidente, me permettez-vous d'intervenir sur ce point? Je me suis occupé de la question des relations publiques pour mon parti et je sais que nous ne pouvons strictement rien faire, quels que soient les conseillers de l'extérieur que nous recrutons, pour empêcher un journaliste du *Toronto Sun* de faire du sensationnalisme sur notre dos. Ce qu'il faut faire, et chacun de nous le sait déjà, je ne suis pas en train de vous donner des conseils, c'est formuler nos questions avec le plus grand soin et éviter de manifester une préférence pour un côté ou pour l'autre. Personnellement, je suis pour l'euthanasie.

[Text]

That we will be attacked by interest groups who will use their media skills to attack the idea that this issue is even being considered is unavoidable. That is another reason why I suggest we should seek the exposure of being seen to be fair-minded in other parts of the country and not just here in Ottawa.

I agree with Senator Beaudoin. I am not sure what advantage it would be to us to have a PR team. Our committee staff could notify media in each location, if we do travel. There is a green binder that could contain all the addresses of where the hearings will take place. They will come to appear.

Senator Perrault: Madam Chairman, a few moments ago you mentioned the fact that two or three names in the public relations field could be considered. It may be an idea for people who undertake assignments of this kind to list on one page how they perceive their role being fulfilled. In other words, they could be asked about their background. They could be asked if they perceive a need for public relations in respect to this committee.

Senator Lavoie-Roux: They will all tell you, "Yes."

Senator Perrault: They may say yes, but I think they should be prepared to set down in black and white why and how they perceive this responsibility being carried out.

The Chairman: We will have Paul Bélisle conduct the initial inquisition of all these people.

Senator Beaudoin: In other words, if we are to have publicity, then it should be publicity that we direct. We should have the power to do that. I am not against publicity. However, it should not be left up to others.

Senator Gigantès: Let us not kid ourselves. Doctors make the worst possible patients, just as legislators make the worst possible public relations people for themselves. Whenever young people ask me if they should accept a public relations job for a politician, or a minister, I say, "Never. They will make mistakes and blame you for them. They will open their mouths and say something they should not say and then ask you why you didn't keep the press from printing it."

Public relations people will not be of any help to us. Inevitably, we will make mistakes. On this issue we will have to be very careful.

The Chairman: In any case, Paul Bélisle will do the initial work, as well as some costing for us.

Senator Lavoie-Roux: I would like you to be very careful when you approach those people. This type of work is their bread and butter.

I certainly do not want this committee to become a media circus. The public must be aware of what we are doing, and we must be as transparent as possible.

The Chairman: We have to be seen to be taking the matter thoughtfully and carefully.

[Traduction]

Nous serons forcément critiqués par des groupes d'intérêt qui se serviront des médias pour dénoncer même simplement le fait d'étudier la question. C'est pour cela aussi que je pense que nous devrions essayer d'apparaître impartiaux dans d'autres régions du pays et pas seulement à Ottawa.

Je suis d'accord avec le sénateur Beaudoin. Je ne suis pas sûr qu'il soit utile d'avoir une équipe de relations publiques. Si nous voyageons, le personnel du comité pourra prévenir les médias locaux. Il y a un classeur vert où l'on pourrait préciser tous les lieux où nous tiendrons des audiences. Les gens viendront comparaître.

Le sénateur Perrault: Madame la présidente, il y a quelques instants, vous avez dit qu'on pourrait envisager deux ou trois personnes dans le domaine des relations publiques. Il serait peut-être bon que les personnes qui seraient prêtes à faire ce travail rédigent un petit texte d'une page pour expliquer comment elles voient leur rôle. Autrement dit, on pourrait leur demander de se présenter et de nous dire si elles pensent que notre comité a besoin de relations publiques.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ils vont tous vous répondre que oui.

Le sénateur Perrault: Peut-être, mais je pense qu'il faudrait qu'ils soient prêts à écrire noir sur blanc pourquoi et comment ils envisagent d'accomplir ce travail.

La présidente: Nous allons laisser Paul Bélisle faire les premières recherches sur ces gens-là.

Le sénateur Beaudoin: Autrement dit, si nous devons avoir de la publicité, il faudra que ce soit nous qui la contrôlions. Nous devrions avoir ce pouvoir. Je ne suis pas contre la publicité, mais je ne veux pas que ce soit quelqu'un d'autre qui s'en occupe.

Le sénateur Gigantès: Ne nous faisons pas d'illusions. Les médecins sont les plus mauvais patients, et les législateurs sont les pires attachés de relations publiques pour eux-mêmes. Chaque fois que des jeunes me demandent s'ils devraient accepter un travail de relations publiques pour un politicien ou pour un ministre, je leur réponds: «Jamais. Ils vont faire des erreurs et vous les coller sur le dos. Ils vont aller raconter des choses qu'ils ne devraient pas dire et ensuite ils vont vous demander pourquoi vous n'avez pas empêché les journalistes de les publier.»

Des agents de relations publiques ne nous serviront à rien. Nous ferons fatalement des erreurs. Sur ce point, nous devons être très prudents.

La présidente: De toute façon, Paul Bélisle va commencer à débayer le terrain et à chiffrer un peu les choses.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il faut être très prudent quand on communique avec ces gens-là. Ce travail, ils en vivent.

Je n'ai aucune envie que notre comité devienne un cirque médiatique. Il faut que le public sache ce que nous faisons, et que nous ayons un maximum de transparence.

La présidente: Nous devons montrer que nous procédons de façon très soignée et mûrement réfléchie.

[Texte]

The Chairman: I would now ask Mollie Dunsmuir to come up to the front. Mollie Dunsmuir, who most of you know, has been working very hard preparing an information binder for each member of the committee. I would ask her to go over it very quickly.

Ms Mollie Dunsmuir, Advisor to the Committee: We were trying to put together a standard briefing binder, but because this is such a complicated area we would appreciate any input from committee members as to what they would like to see in such a binder. Obviously, there is simply too much information to put in any three-ringed binder.

Our thought was that the first part would be procedural and contain the Notice of Motion, all the basic information, as well as the debates on the subject matter.

The second part would be general background. One of the reasons it is heavily oriented toward Research Branch material is because it is already available in translation. There may be a problem with being able to have articles in both official languages, particularly on the international side. It is an awful lot of material to translate. I leave that with the committee.

Part two would have a review of euthanasia and cessation of treatment, a selective bibliography which can be expanded if any members have particular areas of interest, Bill C-15, which is Mr. Robinson's bill recently introduced in the House of Commons, excerpts from the relevant provisions of the Criminal Code.

The third part would contain specific background. There is an article on the Sue Rodriguez case, as well as the headnote on the Rodriguez case.

Senator Lavoie-Roux: Perhaps I am out of order, Madam Chairman, but this is something that has been bothering me from the beginning. It is all right to put in all of the Rodriguez literature, the judgment and so on. In a certain sense the Rodriguez case is like *Nancy B.*, like Joe Blow, like Mary Smith. I do not want this to be a "Sue Rodriguez" study.

I have received phone calls from people whose family members have died of Lou Gehrig's disease. They have taken a completely different attitude from that of Sue Rodriguez, as did the person with the disease. I could name one from Montreal who was well known. Until the end, he went before the board of administration. He would ask his neighbour, "Would you just lift my head so that blood can get to it?" He chose to be an active member of society until the end. I do not want this committee to become entangled in the emotional aspect of this case.

The Chairman: Senator Lavoie-Roux, I agree with you; it should not be an emotional focus because there are many other people with terrible terminal diseases that would fall into the categories that would be concerned about this. They have, as you say, chosen different ways to go about it for a variety of reasons.

[Translation]

Je vais maintenant demander à Mollie Dunsmuir de s'approcher. Mollie Dunsmuir, que vous connaissez à peu près tous, a fait un gros travail pour préparer un classeur d'information à l'intention des membres du comité. Je vais lui demander de nous le présenter très rapidement.

Mme Mollie Dunsmuir, conseillère du comité: Nous avons essayé de préparer une trousse d'information classique, mais étant donné la complexité du domaine, toutes les suggestions que pourront avoir les membres du comité sur les informations à intégrer à cette trousse seront les bienvenues. Il y a manifestement beaucoup trop de choses pour un simple classeur à trois anneaux.

Nous nous sommes dits que, dans la première partie, nous regrouperions les questions de procédure et l'avis de motion, toutes les informations de base ainsi que les débats sur le sujet.

La seconde partie serait consacrée au contexte général. On fait beaucoup appel ici aux documents du Services de recherche car ils sont déjà traduits. Nous aurons peut-être des difficultés à avoir certains articles dans les deux langues officielles, en particulier au niveau international. Il y a énormément de choses à traduire. C'est au comité de juger.

Dans la partie deux, il y aura un examen de l'euthanasie et de l'interruption de traitement, une bibliographie sélective qui pourra être élargie si certains membres du comité s'intéressent particulièrement à un domaine quelconque, le projet de loi C-15, c'est-à-dire le projet de loi que M. Robinson a récemment présenté à la Chambre des communes, et des extraits des dispositions pertinentes du Code criminel.

Dans la troisième partie, on aurait un contexte plus détaillé. Il y a un article sur l'affaire Sue Rodriguez et la note de présentation de cette affaire.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mon intervention est peut-être déplacée, madame la présidente, mais c'est quelque chose qui me dérange depuis le début. C'est très bien de mettre tous les textes concernant l'affaire Rodriguez, le jugement et cetera, mais d'une certaine façon l'affaire Rodriguez, c'est comme *Nancy B.*, comme Jean Dupont ou Marie Durand. Je ne voudrais pas que cette affaire devienne une étude sur «Sue Rodriguez».

J'ai reçu des appels téléphoniques de personnes dont certains parents étaient morts de la maladie de Lou Gehrig. Ces gens-là ont eu une attitude complètement différente de celle de Sue Rodriguez, de même que la personne qui avait la maladie. Je pourrais vous citer quelqu'un de bien connu à Montréal. Jusqu'à la fin, il est allé au conseil d'administration. Il demandait à son voisin s'il pouvait lui relever la tête pour qu'elle soit irriguée. Il a voulu rester un membre actif de sa société jusqu'à la fin. Je n'ai pas envie que le comité s'enlise trop dans les aspects affectifs de cette affaire.

La présidente: Je suis d'accord avec vous, sénateur Lavoie-Roux; il ne faut pas s'enfermer dans une vision affective, car il y a une foule d'autres personnes qui ont des maladies mortelles effroyables et qui seraient tout aussi concernées par cet examen. Comme vous le dites, il y a là des personnes qui ont choisi une autre voie pour toutes sortes de raisons.

[Text]

The importance of the Sue Rodriguez case is the case, not her. It is the Supreme Court decision with which we will have to deal eventually.

Senator Beaudoin: The decision is there.

The Chairman: Yes. This is extremely important for the legal aspects. Senator Beaudoin can hardly wait to get into them, I can tell that. That is the only reason. I totally agree with you. Apart from that we should not put any special emphasis on it.

Ms Dunsmuir: I was unclear before. When I said "case", as a lawyer I always tend to think of a case as being a legal case.

Senator Lavoie-Roux: You are correct, but I wish to give credibility to the whole operation of the committee. Of course the Sue Rodriguez case is an important aspect, particularly from the legal point of view.

The Chairman: Yes, we are only talking about the legal decision in that case.

Senator Gigantès: What about *Nancy B.* of Montreal?

Senator Beaudoin: It is a different case. It is a passive case.

Senator Lavoie-Roux: It is not passive.

Senator Beaudoin: That is what we call a passive case.

Senator Lavoie-Roux: Yes, and there are many other cases. I was in the hospital for 10 years and I can tell you what they did with some babies.

Ms Dunsmuir: There is some material on Bill C-203, the bill that was before the House of Commons in the last session. That was Mr. Wenman's bill on the terminally ill. We included the bill itself, a legislative summary, a summary of the evidence before Bill C-203 — this is very much on point — and a list of witnesses on Bill C-203 by category so that you have an idea of who testified on that occasion. There is also material from the Law Reform Commission of Canada's point of view, their 1983 summary, an excerpt of their 1987 recodification of the Criminal Code, and some briefing notes. They appeared before the committee on Bill C-203 and tried to clarify what they had stated. They thought that perhaps their position had been misinterpreted, so a summary of their evidence before that committee is included.

Part IV contains the international background. There is quite a bit of material on the Netherlands, the press release from the House of Lords, the report of the Select Committee on Medical Ethics. This is a two-page report and is translated. The entire report itself is a thick book. I am not sure how you want to handle it. There is a brief article on Jack Kevorkian and an article on the Australian attitude towards mercy killing.

[Traduction]

Ce qui est important dans l'affaire Sue Rodriguez, c'est l'affaire elle-même, pas Sue Rodriguez. En fin de compte, c'est de la décision de la Cour suprême que nous allons nous occuper.

Le sénateur Beaudoin: La décision est là.

La présidente: Oui. C'est très important sur le plan juridique. Je vois bien que le sénateur Beaudoin brûle d'impatience de se pencher sur cette question. C'est la seule raison. Je suis totalement d'accord avec vous. En dehors de cela, nous ne devrions pas accorder d'importance particulière à ce cas.

Mme Dunsmuir: Je ne me suis pas exprimée clairement. Quand j'ai parlé d'une «affaire», dans mon esprit de juriste, je voulais dire une affaire juridique.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez raison, mais je tiens à insister sur la crédibilité de tout cet exercice du comité. Évidemment, l'affaire Sue Rodriguez est importante, surtout du point de vue juridique.

La présidente: Oui, nous parlons uniquement de la décision juridique dans cette affaire.

Le sénateur Gigantès: Et l'affaire *Nancy B.*, à Montréal?

Le sénateur Beaudoin: C'est différent. C'était une intervention passive.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce n'est pas passif.

Le sénateur Beaudoin: On appelle cela une intervention passive.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, et il y a bien d'autres cas. J'ai été dans le domaine hospitalier pendant 10 ans et je peux vous dire ce qu'on faisait à certains bébés.

Mme Dunsmuir: Il y a des choses sur le projet de loi C-203, le projet de loi présenté à la Chambre des communes lors de la dernière session. C'était le projet de loi de M. Wenman sur les malades en phase terminale. Nous avons mis dans la documentation le projet de loi lui-même, un résumé législatif, un résumé des témoignages sur le projet de loi C-203, témoignages très pertinents, et une liste des témoins entendus sur ce projet de loi, classés par catégories pour vous permettre de savoir qui a témoigné à cette époque. Il y a aussi des documents donnant le point de vue de la Commission de réforme du droit du Canada, son résumé de 1983, un extrait de sa recodification du Code criminel en 1987 et des notes d'information. Ses représentants ont comparu au comité chargé d'étudier le projet de loi C-203 pour essayer de préciser ce qu'ils avaient déclaré. Ils pensaient qu'il y avait eu un certain malentendu sur leur position et nous avons donc inclus un résumé de leurs témoignages à ce comité.

Dans la partie IV, nous avons les références sur le plan international. Il y a beaucoup de choses sur les Pays-Bas, le communiqué de presse de la Chambre des lords, le rapport du Comité spécial sur l'éthique médicale. Nous avons ici un rapport de deux pages qui est traduit. Le rapport complet lui-même représente un gros volume. Je ne sais pas ce que vous voulez en faire. Il y a un petit article sur Jack Kevorkian et un article consacré à l'attitude des Australiens face à l'euthanasie.

[Texte]

That is what is in there now, but we can add any material that you think would be useful.

Senator Lavoie-Roux: We will have to read it.

The Chairman: Yes, you would have to read through and see if you want to add anything.

Senator Gigantès: On a question of translation, there are some things that are perfectly clear. In my mind anything that originates from this committee should be bilingual. That is, anything that we distribute in any way should be in both languages. However, anything that we study does not necessarily have to be in both languages. For example, if there is a thick report from the House of Lords, we do not have to translate that.

Senator Beaudoin: No.

Senator Lavoie-Roux: Though it would be unfair, if we talk about principle. But I agree with you that, for example if we use newspaper articles, we cannot begin to translate all the newspapers articles in the world, and so on. It is the same if the articles appear in *La Presse* or French magazines. We cannot begin to translate all the articles into English. I agree with that. But let us not get the French and English all stirred up in controversy over this. We must approach it logically.

Senator Beaudoin: That is especially true in 1994 and 1995.

Senator Gigantès: But there is another issue. I think that the French Senate has looked at this issue.

The Chairman: I had heard something about that, but I have not come across it.

Senator Gigantès: Perhaps we could contact them and get their material. We have relations with the French Senate. Surely we could ask them. They have an excellent library and an excellent indexing system invented in Quebec for cross references.

Senator Lavoie-Roux: Will the brief that will be presented to us — and this is not for my sake — be translated?

Mr. Bélisle: There are two ways to look at this. One is to circulate the briefs on reception and French or English to follow. The other alternative is to circulate everything in English and French at the same time.

Senator Lavoie-Roux: No. Do not do that.

Mr. Bélisle: Do you agree that I will circulate upon reception with an indication "translation to follow"?

Senator Lavoie-Roux: Yes.

The Chairman: That is important because the sooner we receive them the sooner we can read them. We also want to encourage witnesses to send in briefs ahead of their appearance before the committee when whenever possible.

[Translation]

Voilà donc ce que nous avons ici pour l'instant, mais nous pouvons y ajouter autre chose si vous le jugez utile.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il va falloir que nous lisions cela.

La présidente: Oui, il va falloir le lire et voir si vous voulez y ajouter autre chose.

Le sénateur Gigantès: En ce qui concerne la traduction, il y a des choses qui sont parfaitement claires. À mon avis, tout ce que publie ce comité doit être bilingue. Autrement dit, tout ce que nous pourrions distribuer d'une façon ou d'une autre devra être disponible dans les deux langues. Par contre, ce que nous étudierons ne devra pas nécessairement être dans les deux langues. Par exemple, s'il y a un gros rapport de la Chambre des lords, nous n'avons pas besoin de le faire traduire.

Le sénateur Beaudoin: Non.

Le sénateur Lavoie-Roux: Bien que cela soit injuste sur le plan des principes. Mais je suis d'accord avec vous, si par exemple nous utilisons des articles de journaux, nous n'allons pas commencer à faire traduire tous les articles de journaux du monde, et cetera. C'est la même chose s'il s'agit d'articles de *La Presse* ou de revues françaises. On ne va pas commencer à les faire traduire tous en anglais. Je suis bien d'accord. Mais il ne faut pas non plus que cela suscite toute une controverse entre les Anglais et les Français. Il faut aborder la question de façon logique.

Le sénateur Beaudoin: C'est particulièrement vrai en 1994 et 1995.

Le sénateur Gigantès: Il y a aussi une autre question. Je crois que le Sénat français s'est lui aussi penché sur ce sujet.

La présidente: J'en ai entendu parler, mais je n'ai rien de précis.

Le sénateur Gigantès: Nous pourrions peut-être contacter les sénateurs français et leur demander leur documentation. Nous avons des relations avec le Sénat français. Nous pourrions leur poser la question. Ils ont une excellente bibliothèque et un excellent système de classification inventé au Québec.

Le sénateur Lavoie-Roux: Les mémoires qui nous seront présentés, et je ne pose pas la question pour moi, seront-ils traduits?

M. Bélisle: Il y a deux façons de voir les choses. On peut distribuer les mémoires dès que nous les recevons et faire suivre la traduction en français ou en anglais, ou attendre et tout distribuer en anglais et en français en même temps.

Le sénateur Lavoie-Roux: Non. Ne faites pas cela.

M. Bélisle: Alors je distribuerai les mémoires dès réception avec une mention précisant que «la traduction suivra»?

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui.

La présidente: C'est important car cela nous permet de lire ces mémoires le plus rapidement possible. Nous voulons aussi inciter les témoins à nous faire parvenir leurs mémoires avant leur comparution au comité dans toute la mesure du possible.

[Text]

Senator Gigantès: Should any brief be submitted in English, I should like each page of such briefs to bear a big stamp saying "Received in English on such and such a date; translation will follow as soon as possible."

Senator Lavoie-Roux: Each page of the brief?

Senator Gigantès: Each page, yes.

Senator Lavoie-Roux: Perhaps just on the top would be sufficient.

Senator Gigantès: Otherwise you will hear some derogatory comments.

Senator Beaudoin: No. We will compromise.

Senator Gigantès: You are much more trustful of my ex-colleagues in the newspapers than I am.

Senator Lavoie-Roux: If we only have an English copy to distribute, then we will stamp the front page of it.

Senator Gigantès: I know of two honest separatist newspapermen and I know very few honest anglophone newspaper people.

Senator DeWare: I trust people until I find out different.

The Chairman: When you look through the list of material, this barely touches upon all the literature that I have looked through. There is an enormous amount of it. The challenge will be to try and be selective because you will not be able to cope with everything that is brought forward.

I was looking at the mercy killing in the Australian criminal justice system. That is quite a long article, but I read it. My feeling — Ms Dunsmuir, you can correct me if I am wrong — probably the first part of it could be synthesized. Perhaps you can find something else. For example, I have the entire section on euthanasia. The information regarding the practice in the Netherlands is important for everyone to have because it is such a controversial thing. But dealing with mercy killing, the first part of that article deals with individuals who are usually charged with killing a relative.

There are other decisions, too. I think that might be an article that we can cut down quite substantially and it would help everybody. Otherwise, at some point we will be overwhelmed.

Ms Dunsmuir has been in touch with the Library of Congress in Washington because they keep track of literature in every language from every country. A colleague of hers is doing a search to see what is available in other countries, in France, for example.

Senator Lavoie-Roux: Is it not on computer yet?

Ms Dunsmuir: No. In the Library of Congress, they have a number of lawyers who are country specialists. They take requests from Congress on specific countries.

[Traduction]

Le sénateur Gigantès: Si nous recevons un mémoire en anglais, il faudrait apposer sur chaque page un gros tampon disant «Reçu en anglais le tant; la traduction suivra dès que possible.»

Le sénateur Lavoie-Roux: Sur chaque page du mémoire?

Le sénateur Gigantès: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il suffirait peut-être de le mettre sur la première page.

Le sénateur Gigantès: Sinon, vous aurez des critiques.

Le sénateur Beaudoin: Non. Nous ferons un compromis.

Le sénateur Gigantès: Vous faites beaucoup plus confiance à mes ex-collègues du domaine journalistique que moi.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si nous avons un texte uniquement en anglais, nous mettrons le tampon sur la première page.

Le sénateur Gigantès: Je connais deux journalistes séparatistes honnêtes et très peu de gens honnêtes dans les journaux anglophones.

Le sénateur DeWare: Je fais confiance aux gens jusqu'à preuve du contraire.

La présidente: La liste de documents ne donne qu'une fraction de tous les ouvrages que j'ai examinés. Il y en a une quantité énorme. La difficulté sera de choisir car vous ne pourrez pas lire tous les ouvrages qui vont être mentionnés.

Je regardais l'article sur l'interruption de la vie pour abrégé les souffrances dans le régime pénal australien. C'est un article long, mais je l'ai lu. J'ai l'impression, et vous pouvez me corriger si je me trompe, madame Dunsmuir, qu'on pourrait probablement faire un abrégé de la première partie. Vous allez peut-être trouver autre chose. J'ai par exemple toute la partie consacrée à l'euthanasie. Il est bon que tout le monde ait les informations sur cette pratique aux Pays-Bas car c'est quelque chose de très controversé. Mais en ce qui concerne l'interruption de la vie pour abrégé les souffrances, la première partie de l'article est consacrée à des personnes qui ont généralement été accusées d'avoir tué un parent.

Il y a aussi d'autres décisions. Je pense qu'on pourrait considérablement abrégé cet article, et que cela aiderait tout le monde. Sinon, nous allons être complètement débordés à un moment donné.

Mme Dunsmuir a pris contact avec la Bibliothèque du Congrès à Washington parce qu'on y répertorie des documents publiés dans toutes les langues et dans tous les pays. Elle a un collègue qui recherche actuellement tout ce qui a été publié dans d'autres pays, en France par exemple.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce n'est pas encore sur ordinateur?

Mme Dunsmuir: Non. À la Bibliothèque du Congrès, il y a un certain nombre de juristes qui sont des spécialistes de certains pays. Ils s'occupent des demandes que leur adresse le Congrès sur des pays particuliers.

[Texte]

Senator Beaudoin: What would be very useful is if we might have someone like you and some others to synthesize what has been written on a given subject because we won't have time to read everything. It would be impossible.

I would strongly suggest, as has been done in some other committees, that we have a very simple lexicon defining euthanasia, active euthanasia, passive euthanasia, assisted suicide, assisted death. This might be done by a group of not only lawyers, but other people like philosophers. I think it would be very useful to do that. I probably could make some suggestions in that field in order to save time.

The Chairman: Deborah is a legal student for me and for Mr. Duplessis who is sitting here. She is articling with both of us. Deborah was starting to do a little article for me, because there is some confusion about these. One country or medical association or group uses certain terms and others suggest different terms. It would be very good to have something for all of us.

Another suggestion which we have been discussing is to have our first meeting as kind of a backgrounder, to have someone give us a personal briefing to try to put everything into context for us. We also have some movies. One is a video which I obtained some time ago. Both films are on the Netherlands experience. One has yet to be copied. It will be taped tonight, so I have not seen that one yet.

We could have a briefing session after the movies which would be about 25 minutes each, less than an hour. We would then have some background. Some material like that should be of help to us all before we get into hearing witnesses.

Senator DeWare: Will we try to direct our emphasis to assisted suicide?

The Chairman: We cannot make that decision now. I think not. They are so intertwined. You are dealing with everything.

Senator DeWare: Will we let it evolve?

The Chairman: Yes. We have to study the entire subject and make decisions as we go along. That is very important.

Senator Gigantès: There is the question of a will in which you give directives saying, "I do not want heroic methods to keep me alive." You find the doctor and describe what you do not want them to do.

The Chairman: That is a living will.

Senator Gigantès: I have done this. My lawyer says it is not valid.

The Chairman: That is a provincial thing, but we will hear about that because eventually we will hear from the Canadian bar.

Senator Beaudoin: That is why I made the suggestion that we need somebody to make a synthesis of many subjects. We need somebody to put in writing the definitions. I have learned one thing in my life. If you define a word, you save three days

[Translation]

Le sénateur Beaudoin: Ce qui serait utile, ce serait que quelqu'un comme vous et d'autres personnes fassent la synthèse de ce qui a été écrit sur un sujet donné parce que nous n'aurons pas le temps de tout lire. Ce serait impossible.

Je recommanderais vivement, comme on l'a fait pour d'autres comités, que nous ayons un lexique très simple donnant la définition de l'euthanasie, de l'euthanasie active, de l'euthanasie passive, du suicide assisté et de la mort assistée. Ces définitions pourraient être établies par un groupe non seulement de juristes, mais aussi d'autres personnes, par exemple des philosophes. Je crois que ce serait très utile. Pour gagner du temps, je pense que je pourrais faire certaines suggestions à cet égard.

La présidente: Deborah est une stagiaire en droit qui travaille pour moi et pour M. Duplessis qui est assis ici. Elle a commencé à faire un travail pour moi car ces termes ne sont pas clairs. Selon les pays, les associations médicales ou les groupes, les termes employés ne sont pas les mêmes. Il serait bon que nous ayons tous quelque chose de commun.

Nous avons aussi discuté de la possibilité de faire de notre première réunion une sorte de séance de présentation de la situation d'ensemble, où quelqu'un viendrait nous présenter tout le contexte de la question. Nous avons aussi des films, dont un film vidéo que j'ai obtenu il y a quelque temps. Les deux films sont consacrés à l'expérience des Pays-Bas. Il y en a un qui n'a pas encore été copié. Il va l'être ce soir, et je ne l'ai pas encore vu.

Nous pourrions avoir une séance d'information après ces films qui durent environ 25 minutes chacun, moins d'une heure. Nous aurions alors une présentation du contexte. Ces documents devraient nous être utiles avant de passer à l'audition des témoins.

Le sénateur DeWare: Allons-nous essayer de nous concentrer sur le suicide assisté?

La présidente: Nous ne pouvons pas décider cela pour l'instant. Je ne pense pas. Toutes ces choses sont tellement imbriquées les unes dans les autres. Il y a tout à la fois.

Le sénateur DeWare: Allons-nous laisser les choses évoluer?

La présidente: Oui. Nous devons étudier toute la question et prendre des décisions au fur et à mesure. C'est très important.

Le sénateur Gigantès: Il y a la question du testament dans lequel on laisse des directives du genre: «Je ne veux pas qu'on fasse des acrobaties pour me garder en vie.» On explique au médecin ce qu'on ne veut pas qu'il fasse.

La présidente: C'est un testament biologique.

Le sénateur Gigantès: Je l'ai fait. Mon avocat me dit que cela n'a pas de valeur.

La présidente: C'est une question provinciale, mais nous en entendrons parler puisque nous serons amenés à entendre le Barreau canadien.

Le sénateur Beaudoin: C'est pour cela que je disais que nous aurions besoin de quelqu'un pour faire la synthèse d'une foule de sujets. Nous avons besoin de quelqu'un pour mettre les définitions par écrit. J'ai appris une chose dans ma vie. Si vous

[Text]

of absolutely useless debate. It is less interesting, but it is more productive.

To me, in this difficult subject, we will need some kind of a lexicon, something very short but precise. We have to speak the same language. It is either French or English, but we have to speak a language.

Senator Gigantès: Honourable Senator Beaudoin, remember our lexicon in the committee which you chaired and of which I had the honour of being a member. That did not stop people with the lexicon in front of them saying that they think it means "A", and another saying they think it means "B".

Senator Beaudoin: But at least we made the report in time. We made the report in three months. It is unbelievable.

Senator Perrault: Should there be a list of terminology as an appendix to the basic list we are preparing here?

Senator Beaudoin: We did it with the Roberts Commission in 1969 and it is still used in the faculties of law.

The Chairman: The British House of Lords made up their own terminology. I will warn you about this difficulty right now. The Dutch, as I mentioned in my speech, call it, "Medical Decisions Concerning the End of Life". They also have their definitions of euthanasia and passive euthanasia, et cetera. Somewhere they must come together. I read a book by Dr. Quill from the United States and he has a list of definitions which they use down there. We will do our best to put them together and make them comprehensible for everyone.

Senator Beaudoin: I agree with your suggestion of having a briefing session before we get into hearing witnesses.

The Chairman: That is what we will set up.

The one thing which is missing here but which is in my briefing book is the Canadian Medical Association pamphlet.

The Canadian Medical Association did a series of papers last year, starting in April, to circulate to all their doctors. The title is, *Medical Ethics*. It really is very well done. It does not take a position. It just sets out all the things that doctors had to consider. It says that these are the alternatives; this is what you will have to look at, et cetera. It was done by their ethics committee. I have copies of it and I am sure it is in French as well. It gives you the perspective of the medical association and the problems that they are wrestling with, as Dr. Keon said the other day, which, from their point of view, they put essentially under the rubric of ethics, from their point of view.

Then if you have any other articles or pieces of literature that you think are useful for the committee, please give them to Ms Dunsmuir and we will see they are distributed and put into the books so that everyone has them.

[Traduction]

définissez un mot, vous vous évitez trois jours de débat parfaitement inutile. C'est moins intéressant, mais c'est plus productif.

À mon avis, pour examiner ce sujet délicat, nous aurons besoin d'un lexique quelconque, quelque chose de très court mais de précis. Nous devons tous parler le même langage. Que ce soit en anglais ou en français, nous devons parler le même langage.

Le sénateur Gigantès: Honorable sénateur Beaudoin, souvenez-vous de notre lexique au comité que vous présidiez et dont j'avais l'honneur d'être membre. Cela n'a pas empêché les gens qui l'avaient sous les yeux de dire que telle chose à leur avis signifiait «A» alors que d'autres disaient que cela voulait dire «B».

Le sénateur Beaudoin: En tout cas, nous avons présenté notre rapport dans les délais impartis. Nous l'avons sorti en trois mois. C'est incroyable.

Le sénateur Perrault: Faudrait-il ajouter un lexique en annexe à la liste d'informations essentielles que nous préparons ici?

Le sénateur Beaudoin: Nous l'avons fait pour la Commission Roberts en 1969, et les facultés de droit s'en servent encore.

La présidente: La Chambre des lords britannique a élaboré sa propre terminologie. Je tiens à vous prévenir tout de suite de ce problème. Comme je l'ai dit dans mon discours, les Hollandais parlent de «décision médicale concernant l'interruption de la vie». Ils ont aussi leur propre définition de l'euthanasie et de l'euthanasie passive, et cetera. Il va bien falloir regrouper tout cela. J'ai lu un livre d'un certain Dr Quill aux États-Unis qui donne la liste des définitions utilisées là-bas. Nous allons faire de notre mieux pour regrouper tout cela sous une forme compréhensible pour tous.

Le sénateur Beaudoin: Je suis d'accord avec votre idée d'une séance d'information avant de passer aux audiences.

La présidente: C'est ce que nous allons organiser.

Il y a une chose qui manque ici mais que j'ai dans mes documents d'information, c'est la brochure de l'Association médicale canadienne.

L'Association médicale canadienne a rédigé l'an dernier, à partir d'avril, une série de textes à l'intention de tous ses membres, intitulée *Éthique médicale*. C'est très bien fait. Le texte ne prend pas position. On expose simplement tous les éléments dont le médecin doit tenir compte. On explique quels sont les choix possibles, les questions qu'il faut examiner, et cetera. Le texte a été rédigé par leur comité d'éthique. J'en ai des exemplaires et je suis certaine que le texte existe aussi en français. Cela vous donne le point de vue de l'Association médicale et des problèmes auxquels elle est confrontée, comme le disait l'autre jour le Dr Keon, problèmes qui sont essentiellement d'ordre éthique pour ce qui concerne les médecins.

Si vous avez d'autres articles ou documents qui pourraient à votre avis être utiles au comité, veuillez les donner à Mme Dunsmuir pour que nous les fassions distribuer et ajouter à notre documentation afin que tout le monde les ait.

[Texte]

Mollie Dunsmuir has also drafted a letter which will be sent to organizations. We will tell you who is on the suggested list of witnesses now, and you can add to the suggestions.

Senator Lavoie-Roux: I would like to suggest something in relation to the list, because there are probably some whom I would like to invite. We will have a week between now and the next meeting in any case?

The Chairman: I am sure it will be a few weeks.

Senator Lavoie-Roux: We could each present our suggestions. Some of the new members may not be aware of some of these issues. Perhaps, rather than starting to discuss it today, it would be helpful for them to have something in front of them.

The Chairman: We don't need the details now.

Senator Lavoie-Roux: In two weeks we could have an agenda to review, and by then all our suggestions will have been submitted to you.

The Chairman: All right.

As far as the witnesses, I can tell you in general what I would propose. I would think that, wherever possible, the health care givers are the first people we should hear from: the medical association, the nurses, hospices, nursing homes. Wherever possible, we are trying to look at national organizations so we get the umbrella groups that can give us the best background on this.

The other groups that we should hear from early on would be groups like the Cancer Society, A.L.S., the Alzheimer's and the AIDS groups. These are groups that have been identified that are particularly vulnerable in some areas and that have a lot of experience with this. I think we should hear from groups like that early on.

The next group would be societies such as the Right to Die Society and Dying with Dignity. Marilyn Seguin is the executive director of a group in Toronto. She is a registered nurse and has worked with a lot of these people over the years, and with hospitals and nurses. There is a minister in Winnipeg who is very active. He has worked with hospices and various other organizations. These are the people we should hear from first. I am open to other suggestions.

We are then going to want to hear from ethicists, and there are several groups there.

Senator DeWare: Canadian Human Rights.

The Chairman: Yes, we could always have Mr. Borovoy.

Senator Beaudoin: I follow your logic so far, but should we not include the people who know the other fields of our mandate, for example, legal, social, religious, instead of then commencing

[Translation]

Mollie Dunsmuir a aussi rédigé une lettre qui sera envoyée aux organisations. Nous allons vous communiquer la liste des témoins actuellement proposés, et vous pourrez la compléter.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'aimerais faire certaines suggestions car il y a des gens que je souhaiterais sans doute inviter. Allons-nous avoir une semaine d'ici notre prochaine réunion en tout cas?

La présidente: Certainement quelques semaines.

Le sénateur Lavoie-Roux: Nous pourrions chacun présenter nos suggestions. Certains des nouveaux membres ne sont peut-être pas au courant de certains de ces problèmes. Plutôt que de commencer à en parler aujourd'hui, il serait peut-être utile qu'ils aient déjà quelque chose sous les yeux.

La présidente: Nous n'avons pas besoin d'entrer dans le détail tout de suite.

Le sénateur Lavoie-Roux: Dans deux semaines, nous pourrions avoir un programme à examiner et d'ici là nous vous aurons fait parvenir toutes nos suggestions.

La présidente: Très bien.

Pour ce qui est des témoins, voici ce que je vous proposerais en gros. Je pense que dans toute la mesure du possible nous devrions commencer par entendre les praticiens de la santé: l'Association médicale, les infirmières et infirmiers, les représentants des hôpitaux et des établissements de soins. Nous allons essayer dans la mesure du possible de nous adresser aux organisations nationales pour avoir des regroupements qui pourront nous donner le point de vue le plus complet sur la question.

Il faudrait aussi entendre rapidement des groupes comme la Société du cancer, ALS, les groupes sur la maladie d'Alzheimer et le SIDA. Ce sont des groupes particulièrement vulnérables dans certains domaines et qui ont beaucoup d'expérience de cette question. Je pense qu'il faudrait les entendre rapidement.

Il y aurait ensuite des sociétés comme la *Right to Die Society* et *Dying with Dignity*. Marilyn Seguin est la directrice exécutive d'un groupe de Toronto. C'est une infirmière qui a travaillé avec beaucoup de ces personnes depuis des années, ainsi qu'avec des hôpitaux et d'autres infirmières et infirmiers. Il y a un ministre de Winnipeg qui est très actif. Il a travaillé auprès d'hôpitaux et de diverses autres organisations. Ce sont ces gens-là que nous devrions commencer par entendre. Je suis ouverte à d'autres suggestions.

Nous allons ensuite vouloir entendre les points de vue d'ordre d'éthique, et il y a plusieurs groupes dans ce domaine.

Le sénateur DeWare: La Fédération canadienne des droits humains.

La présidente: Oui, nous pourrions toujours avoir M. Borovoy.

Le sénateur Beaudoin: Je suis votre logique jusqu'à présent, mais ne devrions-nous pas inclure les gens qui connaissent les autres domaines de notre mandat, par exemple le domaine

[Text]

with the interest groups? Interest groups are not experts. They are people who are advocating something.

The Chairman: The Canadian Medical Association is not taking a position. In my view, what we want to do is first get the people who have had broad experience. They are not an interest group. The Canadian Nursing Association is working and has actual experience. That is what I am looking for first. We do not want the theoretical people to begin with, but the people who have actually had experience.

Senator Beaudoin: Those who are in the field.

The Chairman: Those in the field working with it. I think it is important to first get the medical oversight from the people who have worked with this to acquaint ourselves with the problems they have and how they try to deal with it. We will have a lot of questions, and that will help to clarify some of these things for us.

After the committee has some overview of what exactly is happening out there, then there are the ethicists that have worked in the field and studied this. There are probably ethicists that oppose this and some that support changes. We must hear from both sides as the time comes.

It is then that I think we would be able to make some decisions or have some idea of where we are going. If we believe changes should be made, at that point we can bring in all the lawyers and determine how we make these changes.

For example, we have the problem here of individual jurisdictions for the medical associations. If we were to suggest that Section 241 of the Criminal Code be deleted, that would automatically put everything back into the medical field. What do we do then? We might have to bring the medical association back later on and say, "If we were to recommend that that section be deleted, how would you ensure that we had a national set of standards? Would you be able to do it?"

It is different in Great Britain. Although there are provinces in the Netherlands, they have a national criteria. This is when questions arise about the charter and the actual administration. We are dealing with a federal system here, and we have to get a sense of how any changes would be administered and how the law could be enforced. You would have to be very careful.

It is for those reasons that I think it is very important to get the medical and nursing associations in first to determine where they see the difficulties are, because they have said, "We need clarification, and we need to have some legal help."

Senator Lavoie-Roux: We have already heard from the British Columbia Association of Social Workers. They work in hospitals with the families. The family dimension is also important, because they can apply pressure one way or the other.

[Traduction]

juridique, social ou religieux, au lieu de commencer par les groupes d'intérêt? Les groupes militants ne sont pas composés d'experts. Ce sont des gens qui font la promotion d'une cause.

La présidente: L'Association médicale canadienne ne prend pas position. À mon avis, nous voulons commencer par entendre des gens qui ont une vaste expérience. Ce ne sont pas des groupes militants. L'Association canadienne des infirmières et infirmiers est composée de gens qui travaillent et qui ont une expérience concrète de la situation. C'est cela que je recherche pour commencer. Nous ne voulons pas commencer par les théoriciens, mais par les gens qui ont une expérience concrète.

Le sénateur Beaudoin: Ceux qui oeuvrent sur le terrain.

La présidente: Ceux qui travaillent sur le terrain. Je pense qu'il est important de commencer par avoir le point de vue médical des gens qui sont confrontés à ces situations pour nous familiariser avec leurs problèmes et la façon dont ils y font face. Nous aurons beaucoup de questions et cela nous permettra d'y voir un peu plus clair.

Une fois que le comité aura un aperçu de la situation à ce niveau, il pourra entendre le point de vue des moralistes qui ont examiné cette question. Il y en a probablement qui seront contre, et d'autres qui seront en faveur de changements. Il faudra entendre les deux points de vue le moment venu.

Je pense que c'est à ce moment-là que nous pourrions prendre des décisions ou que nous saurons un peu mieux vers quoi nous allons. Si nous pensons qu'il faut changer les choses, nous pourrions faire venir des juristes et voir comment on pourra réaliser ces changements.

Par exemple, nous avons ici le problème du domaine de compétence particulier pour les associations médicales. Si nous en arrivions à suggérer de supprimer l'article 241 du Code criminel, tout retomberait automatiquement dans le domaine médical. Que ferions-nous alors? Il faudrait faire revenir les représentants de l'Association médicale et leur dire: «Si nous devons recommander la suppression de cet article, comment feriez-vous pour mettre en place un ensemble national de normes? Seriez-vous en mesure de le faire?»

La situation est différente en Grande-Bretagne. Aux Pays-Bas, bien qu'il y ait des provinces, il y a des critères nationaux. Mais ici, nous avons des problèmes au niveau de la Charte et de l'administration concrète des choses. Nous avons un régime fédéral et il faut voir comment seraient administrées les modifications éventuelles et comment la loi pourrait être appliquée. Il faudrait être très prudent.

C'est pour cela que je pense qu'il est important de commencer par entendre les associations médicales et infirmières pour qu'elles nous exposent les problèmes car ces gens-là ont dit qu'ils avaient besoin de précisions et d'une aide juridique.

Le sénateur Lavoie-Roux: Nous avons déjà entendu la *British Columbia Association of Social Workers*. Ce sont des gens qui travaillent auprès des familles dans les hôpitaux. La dimension familiale est aussi importante car il peut y avoir diverses formes

[Texte]

They have to cope with guilt and these other matters. I think there are people interested in that area too.

The Chairman: Yes, I received a letter from them too. I think they are extremely important.

Our plan, if you agree, is simply to get in touch with these people. I am sure it is going to take at least a couple weeks. Some of them have already appeared before Parliamentary committees, and they will have at least the nucleus of the briefs they want, so they should not take too long. Hopefully within two or three weeks we could have an agenda set up and some meetings prepared. It may be that some of the larger organizations say they need a little more time, and then we could bring in an individual or something. We do not have to be rigid in the way we do it. We can try to hold as many meetings as we possibly can.

There will be breaks over Easter and for various reasons. I know my side feels very strongly that if we have to sit during the summer, we should do so. I am prepared for that.

Senator DeWare: I can see some of these organizations having to take this to their organizational meetings, and they usually only have a meeting once a month. You are looking at after Easter before they have anything prepared.

The Chairman: So we will try to fit in other people and try to get in as many meetings as possible. There are quite a few people on this committee who are also on our Legal and Constitutional Affairs Committee. If the Legal Affairs Committee is not overburdened for a while, perhaps we can use some of their slots where possible. We will try to get as much done as we can cope with.

Senator Lavoie-Roux: Have you decided the time of the meeting?

The Chairman: No, it is a question of finding places.

Mr. Bélisle: What I would like to do is canvas all of the members of the committee and find out where there are conflicts and what rooms are available. On speaking to the chairperson yesterday there was a suggestion that it be held in the Centre Block or the East Block.

Senator Lavoie-Roux: May I make a suggestion. Usually on Wednesday afternoons we can meet. Would there be any objection to carrying on Wednesday evenings?

Senator Perrault: Good idea.

Senator DeWare: No.

The Chairman: I am all for it.

Senator Lavoie-Roux: It is the middle of the week. So it would give us another three hours.

Senator Beaudoin: There is no problem there because the legal committee sits on Thursday mornings.

[Translation]

de pression à ce niveau. Ce sont des gens qui sont confrontés à la culpabilité et à d'autres problèmes. Je crois qu'il y a là aussi des gens que cela intéresse.

La présidente: Oui, ils m'ont aussi envoyé une lettre. Je pense que c'est un groupe très important.

Si vous êtes d'accord, nous pourrions simplement les contacter. Je suis certaine que cela nous prendra au moins une quinzaine de jours. Certaines de ces personnes ont déjà comparu devant des comités parlementaires et auront donc au moins la substance de leurs mémoires toute prête, donc cela ne devrait pas leur prendre trop longtemps. J'espère que d'ici deux ou trois semaines nous aurons établi un calendrier et préparé un certain nombre de réunions. Certaines grandes organisations nous diront peut-être qu'elles ont besoin d'un peu plus de temps, mais nous pourrions alors entendre un particulier par exemple. Nous ne sommes pas obligés de fonctionner de façon parfaitement rigide. Nous pouvons essayer de tenir le plus grand nombre de réunions possible.

Il y aura des interruptions à Pâques et pour diverses raisons. Je sais que de mon côté, si nous constatons qu'il faut siéger tout l'été, nous n'hésiterons pas à le faire. J'y suis prête.

Le sénateur DeWare: Certaines de ces organisations vont sans doute vouloir en discuter en assemblée, et elles se réunissent généralement une fois par mois. Elles ne pourront donc sans doute rien préparer avant Pâques.

La présidente: Nous essaierons donc d'entendre d'autres personnes entre temps et de tenir le plus grand nombre de réunions possible. Il y a plusieurs personnes à ce comité qui siègent aussi à notre Comité des affaires juridiques et constitutionnelles. Si le Comité des affaires juridiques n'est pas trop surchargé à un moment donné, nous pourrions peut-être profiter à l'occasion de quelques-uns de ses créneaux. Nous essaierons de faire le maximum que nous pourrons.

Le sénateur Lavoie-Roux: Avez-vous choisi le moment de la réunion?

La présidente: Non, il s'agit de trouver les locaux.

M. Bélisle: Ce que j'aimerais faire, c'est sonder tous les membres du comité pour savoir s'il y a des incompatibilités et voir quelles salles seraient disponibles. Lors d'une conversation avec la présidente hier, on a parlé de siéger dans l'édifice du Centre ou l'édifice de l'Est.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si vous me permettez de faire une suggestion, nous pouvons généralement siéger le mercredi après-midi. Auriez-vous des objections à ce que nous poursuivions le mercredi soir?

Le sénateur Perrault: Bonne idée.

Le sénateur DeWare: Non.

La présidente: Cela me va parfaitement.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est au milieu de la semaine. Cela nous donnerait trois heures de plus.

Le sénateur Beaudoin: Cela ne pose pas de problème puisque le Comité des affaires juridiques siège le jeudi matin.

[Text]

The Chairman: Sometimes the legal committee has taken that 3:30 spot on Wednesday, but if they are not going to be busy it is a good time for us.

Senator DeWare: Senator Keon may appreciate that time.

Senator Beaudoin: Yes, we have to pay attention to Senator Keon's schedule.

The Chairman: Yes, the CMA and nursing association are particularly important to him.

Senator Beaudoin: Is Tuesday a bad day?

Senator Lavoie-Roux: There are a lot of committees on Tuesday morning. My idea for Wednesdays was that people would already be there and it would give us a longer period. Otherwise, if we hear a group a week or hold two meetings a week it might take three years.

Senator Perrault: Wednesday nights would be good for working late if necessary.

Senator DeWare: And in the summer we may set up a whole week.

The Chairman: That is what I would like to do.

Senator Lavoie-Roux: Don't take the whole summer, though.

The Chairman: But I do want this established over a number of weeks.

Senator DeWare: Sometimes we try to hurry our witnesses. If we can set up a time slot and they are given some advanced notice, it would benefit all of us.

The Chairman: It would benefit the witnesses because this is one complaint we hear constantly from those who have appeared before the house committees.

Senator DeWare: There is no time.

The Chairman: Often they get only a couple of minutes and are cut off. That is something we simply can not do in this committee.

Senator Beaudoin: Wednesdays are better than Tuesdays because on Tuesdays we never know when the Senate will rise.

Senator Lavoie-Roux: My goal is to carry on in the evening.

Senator Perrault: Use those evenings.

Senator Beaudoin: We can start at three in the afternoon on Wednesday and carry on into the evening.

The Chairman: With all the witnesses, we must encourage them to send in their briefs ahead of time. I would like to suggest to them that they send them in a week or two ahead of time and that when they get here they not read the entire brief because everyone of us, I hope, will have read the brief before we hear them. They can give the highlights and allow the rest of the time for questioning or to make additional comments. That would be most helpful to them and us.

[Traduction]

La présidente: Le Comité des affaires juridiques prend quelquefois ce créneau de trois heures et demie le mercredi, mais s'il n'est pas trop occupé, ce serait parfait pour nous.

Le sénateur DeWare: Le sénateur Keon voudra peut-être donner son point de vue sur cet horaire.

Le sénateur Beaudoin: Effectivement, il faut tenir compte du programme du sénateur Keon.

La présidente: Oui, l'AMC et l'Association des infirmières et infirmiers comptent beaucoup pour lui.

Le sénateur Beaudoin: Le mardi n'est pas une bonne journée?

Le sénateur Lavoie-Roux: Il y a beaucoup de comités le mardi matin. Je pensais au mercredi parce que les gens seraient déjà là et cela nous laisserait plus de temps. Sinon, nous n'entendons qu'un groupe par semaine ou si nous n'avons que deux réunions par semaine, cela risque de nous prendre trois ans.

Le sénateur Perrault: Le mercredi soir, nous pourrions siéger tard au besoin.

Le sénateur DeWare: Et durant l'été, nous pourrions prévoir une semaine complète.

La présidente: C'est ce que je souhaiterais faire.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ne prenez quand même pas tout l'été.

La présidente: Je voudrais tout de même prévoir plusieurs semaines.

Le sénateur DeWare: Quelquefois, nous bousculons nos témoins. Si nous pouvions leur fixer un moment précis et les prévenir suffisamment à l'avance, ce serait avantageux pour tout le monde.

La présidente: Ce serait à l'avantage des témoins parce que c'est une chose dont se plaignent constamment les gens qui comparaissent aux comités.

Le sénateur DeWare: Le manque de temps.

La présidente: Souvent, on ne leur donne que quelques minutes avant de leur couper la parole. Il n'est pas question de faire ce genre de chose à notre comité.

Le sénateur Beaudoin: Il vaut mieux le mercredi que le mardi car le mardi on ne sait jamais à quelle heure le Sénat ajourne.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je veux pouvoir continuer le soir.

Le sénateur Perrault: Profiter de la soirée.

Le sénateur Beaudoin: Nous pourrions commencer à trois heures de l'après-midi le mercredi et continuer le soir.

La présidente: Il faut encourager tous les témoins à nous faire parvenir d'avance leurs mémoires. Je voudrais leur suggérer de nous les envoyer une semaine ou deux à l'avance et leur dire qu'en venant comparaître au comité ils n'auront pas besoin de lire tout leur mémoire puisque chacun d'entre nous aura eu le temps, je l'espère, de le lire à l'avance. Ils pourront simplement nous en donner les grandes lignes, ce qui nous laissera tout le reste du temps pour les questions et les commentaires additionnels. Ce serait la meilleure formule pour eux comme pour nous.

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: I have never understood why we do not get briefs until we get before the committee.

The Chairman: We are coming back on Tuesday, March 15, in two weeks time. If the Senate sits in the evening, we can have an introductory meeting, if you wish, earlier in the day.

Senator Perrault: Okay, at 5 o'clock?

The Chairman: Is that best? We can have an afternoon meeting because some people may come in Tuesday morning, if that is all right with everyone. We could get the backgrounder over with and have a picture show or something like that. It would give us a couple of hours to get settled. We will know whether there are any witnesses and we can determine our schedule.

Senator Lavoie-Roux: It might be too much for the first day, to have the movie and finish up discussion.

The Chairman: You may be right. We may not have witnesses right away as they may not be ready. If they are not, we can have the movie another day. Does that sound all right?

Hon. Senators: Agreed.

The committee adjourned.

Ottawa, Tuesday, March 15, 1994

The Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 7:00 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Good evening, honourable senators. This is the first official meeting of the Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide. I am delighted to welcome Dr. Keyserlingk who will be of great assistance to us in getting this project under way. It is going to be a voyage of discovery for all of us. There is so much we have to learn and understand. I know that the members of the committee have already done a prodigious amount of reading and background work in the subjects we will be studying. However, we still have to get the proper perspectives from other people who have been working in these fields for years and years, whether it is the medical field, the ethical field, or the legal problems involved.

I am delighted to welcome you here tonight, Dr. Keyserlingk. You have had a distinguished career. I hope that those who are present have had a chance to read your biographical sketch. Dr. Keyserlingk has worked at the University of Montreal and is presently at McGill University teaching in areas of bioethical law and medicine. We can profit from hearing what he has to tell us tonight.

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Je n'ai jamais compris pourquoi nous ne pouvions pas avoir les mémoires avant les séances de comité.

La présidente: Nous nous retrouvons le mardi 15 mars, dans deux semaines. Si le Sénat siège le soir, nous pourrions avoir une réunion initiale, si vous le voulez, un peu plus tôt.

Le sénateur Perrault: D'accord, à 5 heures?

La présidente: C'est ce qu'il y a de mieux? Nous pouvons siéger l'après-midi car certaines personnes pourraient venir le mardi matin, si vous êtes tous d'accord. Nous pourrions faire le tour d'horizon et avoir une séance de visionnement, quelque chose comme cela. Cela nous donnerait à peu près deux heures pour mettre les choses en place. Nous saurons si nous avons des témoins et nous pourrions établir notre programme.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce sera peut-être trop pour la première journée, le film et le tour d'horizon complet.

La présidente: Vous avez peut-être raison. Nous n'aurons peut-être pas de témoins tout de suite puisqu'ils ne seront pas forcément prêts. S'ils ne le sont pas, nous pourrions voir le film un autre jour. Cela vous va?

Des voix: D'accord.

La séance est levée.

Ottawa, le mardi 15 mars 1994

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 19 h conformément à son ordre de renvoi qui l'amène à faire l'examen et à rendre compte des questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Bonsoir, honorables sénateurs. J'ouvre la première séance officielle du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté. J'ai le plaisir d'accueillir parmi nous le Dr Keyserlingk, qui va grandement nous aider à mettre ce projet sur rails. Nous allons tous un peu à la découverte. Nous avons tant à apprendre et à assimiler. Je sais que les membres du comité ont déjà fait un nombre de lectures considérables et se sont bien documentés sur les sujets que nous allons étudier. Il nous reste cependant à tirer parti des opinions éclairées des spécialistes qui travaillent dans ce domaine depuis des années, que ce soit sur le plan de la médecine, de l'éthique ou du droit.

C'est un plaisir pour moi de vous accueillir parmi nous ce soir, Dr Keyserlingk. Vous avez fait une brillante carrière. J'espère que les personnes présentes ont toutes eu l'occasion de lire votre résumé biographique. Le Dr Keyserlingk a déjà travaillé à l'Université de Montréal et il enseigne à l'heure actuelle à l'Université McGill dans les domaines de la médecine et du droit lié à la bioéthique. Nous avons des enseignements à tirer de ce qu'il a à nous dire ce soir.

[Text]

I note that Senator Keon is not present at the moment. He has told me that he will be here a little later. However, we will not wait for him.

Dr. Keyserlingk, perhaps you would like to proceed with your presentation. I understand you are going to make it fairly short in the hope that there will be some questions and discussion. I am sure that will happen. Please proceed.

Dr. Edward W. Keyserlingk, McGill University: Thank you, Madam Chairman. I very much appreciate the invitation to be here this evening. I had not realized it was the first session and I am doubly honoured. I hope that I deliver what you wish to have, which I understand is a bit of a look at what I would consider to be some of the issues that one has to consider in this enterprise of looking at assisted suicide and euthanasia from a policy point of view, and some of the pros and cons about moving in one or another direction.

I spend most of my time now teaching medical students ethics and law. The focus tends to be quite clinical in that context, because that is the interest of medical students, particularly those in fourth year medicine. I also try to interest them in the fundamental aspects, because they lie behind many of the clinical cases they face. Therefore, what I will try to do is link the clinical perspective and the fundamental perspective from the ethical and legal points of view.

I will be quite brief in my opening remarks. I think that was requested of me, understandably, and then perhaps we could discuss the issues together.

Since I teach medical students I cannot do it without showing pictures because they do not believe anything that is not on a screen. I am not sure if this group suffers from the same infliction, but hopefully it does because I am going to show a few overheads just to set the scene, if I may.

(Presentation of Slides)

I will not go through all the material that I forwarded ahead. I am sorry for overburdening the committee; that was rather a lot of material. I wish to highlight what I think is useful.

I do not need to state that the issues the committee is looking at are topical. One cannot not pick up a newspaper without knowing that is the case. One could put together about 18 of these and still not exhaust one week's harvest of stories on assisted suicide and euthanasia problems.

I want to commence by situating the issue. I am not going to go through overheads on polls. I think the committee is well aware of those. That is an area we do not need to deal with here.

[Traduction]

Je relève que le sénateur Keon est absent pour le moment. Il m'a dit qu'il viendra un peu plus tard. Nous n'allons cependant pas l'attendre.

Dr Keyserlingk, le moment est venu de commencer votre exposé. Si je comprends bien, vous allez rester bref pour nous permettre ensuite de vous poser quelques questions et d'entamer la discussion. Je suis sûre que le début sera intéressant. Vous avez la parole.

Le Dr Edward W. Keyserlingk, Université McGill: Merci, madame la présidente. Je suis très heureux d'avoir été invité ici ce soir. Je n'avais pas compris que c'était la première séance et j'en suis doublement honoré. J'espère que mon propos saura vous donner satisfaction et, si je comprends bien, il s'agit de passer en revue un certain nombre des enjeux que je juge importants lorsqu'on examine toute cette question de l'euthanasie et du suicide assisté en la replaçant dans le cadre des politiques publiques compte tenu des avantages et des inconvénients qu'il y a à prendre telle ou telle orientation.

J'ai passé la majeure partie de mon temps à enseigner l'éthique et le droit aux étudiants en médecine. J'ai tendance à me replacer dans cette optique dans un cadre clinique étant donné que c'est ce qui intéresse les étudiants en médecine, particulièrement ceux de quatrième année. J'essaie aussi de les intéresser aux questions fondamentales, parce que c'est d'elles dont dépendent nombre des cas cliniques auxquels ils ont à faire face. Par conséquent, je m'efforcerai de rattacher la dimension clinique aux principes fondamentaux en les considérant du point de vue de l'éthique et du droit.

Mon exposé sera bref. Je crois que c'est ce que l'on attend de moi, c'est bien normal, et nous pourrions ensuite discuter de toutes ces questions.

Depuis que je donne des cours aux étudiants, je ne peux pas m'empêcher de leur passer des diapositives, parce qu'ils ne croient que ce qu'ils voient sur l'écran. J'ignore si votre groupe est affligé de la même maladie, mais j'espère que c'est le cas parce que je vais vous projeter quelques diapositives pour fixer tout simplement la scène, si vous me le permettez.

(Présentation des diapositives)

Je ne vais pas vous commenter toutes les images que je viens de projeter à l'écran. Je suis désolé d'avoir surchargé le comité avec toute cette documentation. Je vais simplement souligner ce qui me paraît le plus utile.

Il va sans dire que les questions qu'examine votre comité sont à l'ordre du jour. On ne peut pas prendre un journal sans que le sujet fasse les manchettes. On pourrait en prendre une vingtaine comme celui-ci sans avoir épuisé le nombre d'articles sur les problèmes liés à l'euthanasie et au suicide assisté.

Je vais commencer par vous situer le problème. Je ne vais pas passer en revue les différentes diapositives concernant les sondages. Je crois que le comité est parfaitement au courant. C'est là un domaine que nous n'avons pas besoin d'aborder.

[Texte]

I do want to share with the committee some of the opinions that exist, even within medicine, on both sides of this issue. This excerpt from a letter illustrates one side of the issue. It is written by a physician who works in palliative care and it states:

...I think of several patients I have cared for over the years who, one day, one week, one month before a predictable death and after prolonged dialogue where 'all things were being considered' told me their life was no longer worth it and asked for me to help end it. They had no pain or symptoms, were not depressed, did not lack love or support. Their spouse or family agreed.

Their beliefs were no obstacle. They asked for help because they did not know how to and were too weak to bring a peaceful end to their existence at a moment they would choose freely. I feel I betrayed them. A free patient, a free physician, a free country: we have none of these as long as euthanasia continues to be a crime.

This was written by a palliative care physician. It is rather untypical to find people who feel that euthanasia ought to be available because they tend to say that in most cases they can provide sufficient pain control and human care to deal with most people's situations.

However, there are some who feel differently. Here is the other side of the issue. This is an excerpt from a letter from another physician, who states:

As I listen to my colleagues who are tempted towards euthanasia, I see their struggle aggravated by a set of deceptions — lies which have been repeated until they are believed...the lie that euthanasia is an act of mercy and caring. The doctors who are most tempted by euthanasia are not those committed to the high-touch caring pole of medicine...

We have two fairly opposed views there.

Professional attitudes are changing within medicine, as you well know, and here are some instances of that.

In March 1989 in one of the most respected medical journals, the *New England Journal of Medicine*, 10 of 12 authors — fairly distinguished people — wrote: "...it is not amoral for a physician to assist in the rational suicide of a terminally ill person." That was probably the first time that a medical journal had published views from physicians on that side of the issue.

A second quote is: "Euthanasia should be provided as a 'basic service' for patients with incurable diseases when requested by the patient." This was stated by administrators of hospitals and the comments underneath are somewhat typical of many such polls in terms of acceptance or not of euthanasia.

[Translation]

Ce dont je veux faire part au comité, c'est du fait que les opinions sont partagées, même dans le monde de la médecine, sur cette question. Voici un passage qui illustre l'une des façons d'envisager la question. Il est tiré d'une lettre rédigée par un médecin qui travaille dans le domaine des soins palliatifs, et sa teneur est la suivante:

... J'ai à l'esprit plusieurs malades que j'ai soignés pendant des années et qui, un jour, une semaine ou un mois avant leur mort prévisible et après un long dialogue m'ont dit que «tout bien considéré» leur état était devenu sans espoir et m'ont demandé de les aider à mettre fin à leur vie. Ils n'avaient aucune douleur, ne souffraient d'aucun symptôme, n'étaient pas déprimés et ne manquaient pas d'amour ni de soutien. Leur conjoint ou leur famille étaient d'accord.

Leurs croyances ne constituaient pas un obstacle. Ils demandaient de l'aide parce qu'ils ne savaient pas comment s'y prendre et parce qu'ils étaient trop faibles pour mettre fin tranquillement à leur existence au moment qu'ils auraient librement choisi. J'ai eu le sentiment de les trahir. Des malades libres, des médecins libres, un pays libre: ce n'est pas vrai tant que l'euthanasie reste un crime.

Cette lettre a été rédigée par un médecin spécialisé dans les soins palliatifs. Il est assez peu fréquent de trouver des responsables qui ont le sentiment qu'il faudrait pouvoir pratiquer l'euthanasie parce que, bien souvent, ils ont l'impression de pouvoir contrôler suffisamment la douleur humaine et prodiguer des soins suffisants pour être à la hauteur de la plupart des situations.

Tout le monde n'est pas toutefois de cet avis. Voici quelqu'un qui pense différemment. Il s'agit du passage d'une lettre émanant d'un autre médecin, qui nous dit:

En écoutant parler mes collègues qui sont tentés d'adopter l'euthanasie, je vois que leur cause est entachée par toute une série d'hypocrisies — de mensonges que l'on a tellement répétés que l'on a fini par y croire ... le mensonge selon lequel l'euthanasie est un acte de commisération et une preuve d'amour. Les médecins qui sont le plus tentés par l'euthanasie ne sont pas ceux qui font la preuve de plus d'amour en pratiquant la médecine...

Nous avons là deux opinions assez opposées.

Le comportement des médecins est en train de changer, vous le savez comme moi, et en voici quelques exemples.

En mars 1989, dans l'une des revues de médecine les plus respectées, le *New England Journal of Medicine*, 10 auteurs sur 12 — des gens assez éminents — ont écrit: «...il n'est pas amoral pour un médecin d'aider une personne malade en phase terminale à se suicider en toute connaissance de cause.» C'était là probablement la première fois qu'une revue de médecine publiait l'opinion des médecins défendant ce genre de thèse.

Voici une deuxième déclaration: «L'euthanasie doit être offerte comme un 'service essentiel' aux patients atteints d'une maladie incurable qui le demandent.» Il s'agit là d'une déclaration faite par des administrateurs d'hôpitaux et les commentaires qui figurent ci-dessous sont assez représentatifs des nombreux

[Text]

Let me quickly suggest one other overhead as a primer. The point that this overhead is attempting to make is one that I am sure the committee is well familiar with.

From a legal point of view, euthanasia could be described as the intentional causing of death for compassionate motives whether requested or not, which would fit into the offence of homicide at the moment.

The point that my students have great trouble with is that euthanasia, "mercy killing", could be achieved by either act or omission. By act, typically overdose in the medical context; by omission, typically not providing life support when it is indicated that one had a duty to provide it. The point being that such a duty does not exist in some circumstances, one of them being if the treatment is refused by a competent patient; the other being that the treatment has become futile for an incompetent patient. Legally this omission under these circumstances would not be euthanasia by omission, it would simply be good medical care.

It is also not euthanasia if death is indirectly hastened by appropriate pain control — that is, pain control appropriate for that patient's pain even though it may indirectly hasten death. So that the old problem a lot of physicians have, and some still do, is not really a legal problem if the dosage is appropriate even though at a certain level in some cases the respiratory system can become depressed, and death can be indirectly hastened. It is a difficult and emotional thing for doctors to do, but they increasingly realize that is not euthanasia, it is simply good medical care from a legal point of view.

That gives rise to the question that a lot of physicians ask, "If we can provide appropriate dosages of morphine that may indirectly hasten death, why can we not go one step further and actually hasten death directly with an overdose beyond simply what might be appropriate for pain?" In other words, why are we stringing out a patient's existence where we have already decided — often with the help of the patient — that the patient's life has become a life that that person does not want any more or has become futile. Why do we stop at that point? Some physicians ask that. It is not typically physicians in palliative care who question that, but others do. And some ethicists make the same point, "If we cannot already legally provide enough palliative care and enough dosage level that death is indirectly hastened, why is it that we cannot go one step further in cases where patients are asking for euthanasia or in cases of an incompetent patient who has decided that further life support has become futile?" That is one of the complications.

[Traduction]

sondages qui ont été effectués pour savoir si l'euthanasie était ou non acceptée.

Laissez-moi rapidement revenir sur une autre diapositive. Ce que cherche à démontrer cette diapositive, c'est quelque chose que le comité connaît bien, j'en suis convaincu.

D'un point de vue du droit, l'euthanasie peut être caractérisée comme étant la volonté de donner la mort par compassion, que cette mort a été réclamée ou non, ce qui entre pour l'instant dans la définition de l'homicide.

Ce que mes étudiants ont du mal à comprendre, c'est que l'euthanasie, le fait de tuer «pour abréger les souffrances» peut résulter d'un acte ou d'une omission. S'il s'agit d'un acte, ce sera par exemple le fait d'ordonner d'un point de vue médical une dose de médicament excessive; s'il s'agit d'une omission, ce sera par exemple le fait de ne plus prolonger artificiellement la vie alors qu'on a le devoir de le faire. Il faut bien voir que ce devoir disparaît dans certaines circonstances, par exemple lorsque le traitement est refusé par un malade jouissant de toutes ses facultés, ou encore lorsque ce même traitement est devenu inutile pour un malade n'ayant plus ses facultés. D'un point de vue juridique, une telle omission dans ces circonstances n'est pas de l'euthanasie par omission, mais tout simplement de la bonne médecine.

On ne peut pas parler non plus d'euthanasie si la mort est indirectement accélérée par des médicaments appropriés luttant contre la douleur — c'est-à-dire de médicaments adaptés à la lutte contre la douleur du malade même s'ils en viennent indirectement à accélérer sa mort. Donc, le vieux problème qu'éprouvent bien des médecins, et qu'un certain nombre d'entre eux ressentent toujours, n'est pas en fait un problème en droit si le dosage est approprié même si, à un moment donné, dans certains cas, le système respiratoire peut par exemple être altéré, ce qui entraîne indirectement une mort plus rapide. Les médecins ont de la difficulté à s'y résoudre et c'est dur pour eux sur le plan émotif, mais ils se rendent compte de plus en plus qu'il ne s'agit pas là d'euthanasie, que c'est tout simplement de la bonne médecine d'un point de vue juridique.

Cela nous amène à la question que posent bien des médecins, «À partir du moment où nous pouvons administrer des dosages appropriés de morphine qui risquent indirectement de causer la mort, pourquoi ne pas aller un peu plus loin et administrer en fait une dose excessive par rapport à celle qui sert simplement à calmer la douleur, ceci de façon à causer directement la mort?» Autrement dit, pourquoi étirons-nous l'existence du malade alors que nous sommes d'ores et déjà convaincus — souvent parce que le malade a contribué à nous convaincre — que ce dernier ne veut plus vivre ou que son état est désormais sans espoir. Pourquoi s'arrêter en chemin? Voilà la question que posent un certain nombre de médecins. Ce ne sont pas simplement les médecins spécialisés dans les soins palliatifs qui se posent cette question, il y en a d'autres. Certains spécialistes de l'éthique se posent par ailleurs la même question: «À partir du moment où nous pouvons d'ores et déjà dispenser des soins palliatifs et administrer des doses qui suffisent à faire en sorte que la mort soit indirectement accélérée, pourquoi ne peut-on pas aller un peu plus loin lorsque

[Texte]

Legally we can say that in principle if it is appropriate — if it is justifiable for the pain of that person — then it is legally acceptable. The problem with that is that no two people require the same dosage. Therefore, if you come to reconstruct it afterwards you would have to study it on the basis of that particular patient's complex problems and symptoms. We can say "appropriate dosage", but there is no pre-established "appropriate dosage" for any particular disease or medical problem. Everyone has their own tolerance level and the tolerance level will change as the pain control is being administered. "Appropriate" sounds neat but it is not so easy to determine and it is always a judgment call before the event.

The old problem used to be: If we do that, will we not kill the patient? Now we can legally answer that question by saying that that is not the case. Obviously if it is a massive overdose and it was not appropriate, then we get into what is called euthanasia or homicide.

When it is justified, some people call the intentional causing of death by act, active euthanasia and the intentional causing of death by omission, passive euthanasia. I prefer to talk about euthanasia by act or omission — that is, euthanasia by omission when we had a duty to keep providing life supporting treatment, but we justified allowing the patient to die. To avoid confusion, that would be these situations here. Euthanasia implies killing, whereas "justified allowing to die", when it is no longer consented to or when it is no longer appropriate because it has become futile, is just the practice of good medicine. It is "justified allowing to die". It is not passive or active euthanasia, it is simply admitting that the patient has a right to treatment or, if the patient is incompetent, there comes a point in some patient's sickness or illness when it becomes futile. That is simply good medicine, not euthanasia. It is not passive. It is simply allowing the patient to die for justified reasons.

We cannot have euthanasia by omission when we should have provided life supporting treatment, the point being that in law — as most of you probably realize — what makes the omission of care euthanasia or killing is that one had a duty to keep providing it. From the criminal law perspective, it is fair to say that the operative question is: Do I have a duty to keep providing life-supporting treatment? If the patient refuses, I no longer do because the patient's right to refuse takes precedence over my duty to care or treat. If it has become futile from the medical

[Translation]

l'euthanasie est demandée par le malade ou lorsqu'un malade incapable de subvenir à ses besoins a conclu qu'il était inutile qu'on le maintienne en vie?» C'est là une des complications.

D'un point de vue juridique on peut dire qu'en principe si les soins sont appropriés — s'ils se justifient pour alléger la douleur de la personne en cause — c'est alors admissible en droit. Le problème, dans ce cas, c'est qu'il n'y a jamais deux personnes qui ont besoin du même dosage. Par conséquent, lorsqu'on réexamine ce qui s'est passé après coup, il faut faire cet examen en fonction de l'ensemble complexe de problèmes et de symptômes propres à ce malade en particulier. On peut toujours parler de «dosage approprié», mais il n'existe pas de «dosage approprié» préétabli pour une maladie ou un problème médical en particulier. Chacun a son propre seuil de tolérance, et ce seuil change à mesure que les remèdes qui luttent contre la douleur sont administrés. Le terme «approprié» semble bien dire ce qu'il veut dire, mais son sens n'est pas si facile à déterminer et il y a toujours un jugement de valeur qui doit être fait a priori.

L'ancien dilemme était le suivant: Si nous agissons ainsi, n'allons-nous pas tuer le malade? Aujourd'hui on peut répondre en droit à cette question en disant qu'il en est rien. Évidemment, si l'on donne une surdose massive qui est inappropriée, on tombe dans ce que l'on appelle l'euthanasie ou l'homicide.

Lorsque cette opération est justifiée, d'aucuns appellent «euthanasie active» le fait d'agir intentionnellement de manière à causer la mort et «euthanasie passive» le fait de commettre intentionnellement une omission de manière à causer la mort. Je préfère pour ma part parler d'euthanasie par commission ou par omission — l'euthanasie par omission intervenant lorsque nous avons justifié le fait de laisser le malade mourir alors que nous avons le devoir de prolonger artificiellement sa vie. Pour éviter les confusions, nous ferons la distinction entre deux cas de figure ici. L'euthanasie implique le fait de tuer, alors que «le fait de laisser mourir de manière justifiée», lorsque le malade ne consent plus à vivre ou lorsque le maintien de cette vie n'est plus approprié parce que l'état du malade est désormais sans espoir, c'est tout simplement de la bonne médecine. On parle alors du fait de «laisser mourir quelqu'un de manière justifiée». Il ne s'agit là ni d'euthanasie active, ni d'euthanasie passive, cela revient tout simplement à reconnaître que le malade est maître du traitement qui lui est dispensé ou que, lorsqu'il n'a plus ses facultés, il arrive un moment où la maladie ou l'affection dont il souffre rendent sa vie inutile. Il ne s'agit pas là d'euthanasie, mais tout simplement d'une bonne façon de pratiquer la médecine. Il n'y a rien là de passif. Il s'agit tout simplement de permettre au malade de mourir pour des raisons justifiées.

On ne peut pas parler d'euthanasie par omission lorsqu'on n'avait pas l'obligation de maintenir artificiellement en vie le malade étant donné qu'en droit — la plupart d'entre vous le savent certainement — le fait d'omettre de dispenser des soins ne se transforme en euthanasie ou en meurtre que si l'on avait le devoir de dispenser ces soins. Du point de vue du droit pénal, il faut bien voir que la question essentielle est la suivante: Ai-je le devoir de dispenser un traitement maintenant artificiellement en vie le malade? Si le malade refuse les soins, je n'ai plus ce devoir

[Text]

point of view, it is a kind of indignity or assault, or whatever you want to call it, to continue.

This part of the problem is pretty clear now in criminal law. It is established that it is the right of the patient to refuse treatment if the patient is competent. It is a fact that some times it becomes futile. In neither of those cases is that considered illegal, criminal or euthanasia but simply acceptable medical care. The trick is: When are we in one or another condition? When does one or another condition apply in real life? Does the patient understand? Is the patient competent? Has it become futile? What does that mean? That is where most of the medical debate takes place. What does "futility" mean? Is it simply that this particular intervention, such as respirator support, will not work; or is it that we are talking about net benefit to the patient? In other words, it will not work. Yes, we can resuscitate this patient and keep the patient going, but will it be of any benefit to the patient? Is it simply a biological existence that we are perpetuating or can we say that it is of some benefit beyond simply the biological perpetuation?

That is the kind of debate that goes on with families and staff and within the team, namely: Is it now futile? Should we stop the life support? There is no pre-existing legal definition of that, either. The law assumes that medical judgment can be made on that issue on the basis of quality of life considerations — present and future quality of life if the treatment continues.

Senator Gigantès: What about the case of *Nancy B.*?

Mr. Keyserlingk: *Nancy B.* was an instance of the first condition, namely, making it justifiable allowing to die because *Nancy B.* was a competent patient who asked for the treatment to stop.

Senator Gigantès: Why did it have to go to court?

Mr. Keyserlingk: That is a good question. It did not have to go to court. The hospital counsel did not understand the law very well and led the hospital to think that if it acquiesced, this would either be euthanasia or assisting suicide. Tragically for *Nancy B.*, it took something in the order of 12 months between the time she asked for the respirator to stop and the time it was actually stopped. That was more because the hospital was confused about what its obligations were than the law being confusing.

[Traduction]

parce que le droit de refus du malade prime par rapport à mon obligation de soins ou de traitement. C'est devenu inutile d'un point de vue médical et il y a là quelque chose d'indigne ou une espèce d'acharnement, si vous préférez, lorsqu'on décide de poursuivre ces soins.

Cette dimension du problème est assez claire aujourd'hui en droit pénal. Il est établi que le malade a le droit de refuser le traitement s'il jouit de toutes ses facultés. Il est indéniable que dans certains cas toute prolongation est devenue inutile. Dans un cas comme dans l'autre il n'y a rien là d'illégal et on ne peut pas parler de crime ou d'euthanasie, mais tout simplement de soins médicaux acceptables. Le plus dur, c'est de savoir à quel moment on se trouve dans l'une ou l'autre des situations. À partir de quel moment se retrouve-t-on dans une situation donnée dans la vie réelle? Est-ce que le malade comprend les enjeux? Est-ce qu'il jouit de toutes ses facultés? Est-ce que son état est devenu désespéré? Qu'est-ce que signifie tout cela? C'est sur cela que porte le plus gros du débat d'un point de vue médical. Qu'entend-on par «désespéré»? Est-ce tout simplement parce qu'une intervention en particulier, tel que le maintien en vie au moyen d'un appareil de respiration artificielle, ne donnera aucun résultat; ou est-ce parce qu'il faut parler en termes d'avantages nets pour le malade? Autrement dit, il n'y aura aucun résultat. Bien sûr, nous pouvons toujours ramener tel malade à la vie et le maintenir en vie, mais est-ce qu'il va en tirer un avantage quelconque? Est-ce tout simplement une existence biologique que nous maintenons ou peut-on dire qu'il y a un certain nombre d'avantages au-delà du simple maintien de la vie biologique?

Voilà le genre de débat qui se déroule au sein des familles et des équipes de personnel, à savoir: Est-ce que cet état est désormais sans espoir? Doit-on cesser de maintenir le malade artificiellement en vie? Sur ce point non plus il n'y a pas de définition juridique précisée à l'avance. Le droit part du principe qu'un jugement médical peut être fait sur cette question en fonction de considérations liées à la qualité de vie du malade — sa qualité de vie présente et future si l'on poursuit le traitement.

Le sénateur Gigantès: Que dites-vous de l'affaire *Nancy B.*?

M. Keyserlingk: L'affaire *Nancy B.* relève du premier cas; en l'occurrence, il était justifié de la laisser mourir parce qu'il s'agissait d'une malade jouissant de toutes ses facultés qui avait demandé un arrêt du traitement.

Le sénateur Gigantès: Pourquoi a-t-il fallu aller devant les tribunaux?

M. Keyserlingk: C'est une bonne question. Cette affaire n'avait pas à être traduite devant les tribunaux. Le conseiller juridique de l'hôpital ne connaissait pas bien son droit et a laissé croire à celui-ci que s'il acceptait la demande de sa cliente, il s'agirait alors d'euthanasie ou de suicide assisté. Le plus tragique pour *Nancy B.*, c'est qu'il y a eu un délai d'attente de l'ordre de 12 mois entre le moment où elle a demandé l'arrêt de l'appareil respiratoire et celui où celui-ci a finalement été arrêté. La confusion ne venait pas du droit, mais plutôt de l'hôpital, qui ne savait pas très bien qu'elles étaient ses obligations.

[Texte]

The Civil Code of Quebec allows one to refuse treatment, but the Criminal Code seems to say that we do not have that right — or at least it is not clear. The legal question in that case was: Is there not a conflict between the two?

The judgment was that, "No, there is no conflict at all." The Criminal Code does not oblige life support to go on forever, but allows a reasonable application of the decision as to whether it is justified.

Nancy B. was an important decision in that sense because it clearly stated that there is no conflict between the civil code and the Criminal Code. On the other hand, it used precedents of pre-existing decisions to arrive at that, so it was not the first time the courts said that.

Senator Beaudoin: It was a very interesting legal decision because it cleared a lot of things in the fields of civil law, criminal law and euthanasia by omission.

Mr. Keyserlingk: Yes. That is right.

Senator Beaudoin: The other part is passive euthanasia.

Mr. Keyserlingk: Absolutely.

Senator Beaudoin: You prefer "euthanasia by omission" and by "act", instead of "active" and "passive euthanasia". Is there a reason?

Mr. Keyserlingk: The reason is that when we speak about "active euthanasia" and "passive euthanasia", for some people, "passive euthanasia" sounds like we are still killing the patient but it is okay. I would rather say we are not killing the patient at all when we talk about "passive euthanasia" in this sense here, that it is justified stopping. We are either accepting the patient's right to refuse or we are saying it has become futile. In neither case are we killing the patient. We are not causing the patient's death at all. We are simply either respecting a higher right which is the patient's right to say no, or we are saying that medicine has come to the limit of what it can do.

That is why I prefer to speak of euthanasia sometimes even by omission when we should have kept going. However, if it is not euthanasia by act or omission, we are really talking about justifying allowing to die. I am only suggesting that because you will find many people will have different views on the terminology. The more typical terminology is "active" and "passive". It is confusing and it is one reason why people hesitate about these two situations because they think, "Aren't we still killing the patient?"

[Translation]

Le Code civil du Québec autorise une personne à refuser le traitement, mais le Code criminel semble nous dire que nous n'avons pas ce droit — ou du moins ce n'est pas bien clair. Le problème de droit était en l'espèce le suivant: Y a-t-il ou non un conflit entre les deux?

Aux termes du jugement prononcé, «non, il n'y avait absolument aucun conflit.» Le Code criminel ne nous oblige pas à maintenir artificiellement une personne en vie sans aucune limite, mais nous laisse décider raisonnablement dans quelle mesure cette opération est justifiée.

La décision prononcée dans l'affaire *Nancy B.* est importante en ce sens que l'on y a clairement énoncé qu'il n'y avait aucun conflit entre le Code civil et le Code criminel. D'un autre côté, on s'est appuyé sur la jurisprudence antérieure pour en arriver à cette décision, de sorte que ce n'était pas la première fois que les tribunaux se prononçaient dans ce sens.

Le sénateur Beaudoin: C'est une décision judiciaire qui s'est révélée très intéressante parce qu'elle a dissipé bien des malentendus dans le domaine du droit civil, du droit pénal et de l'euthanasie par omission.

M. Keyserlingk: Oui. Vous avez raison.

Le sénateur Beaudoin: Il y a l'autre dimension qui est celle de l'euthanasie passive.

M. Keyserlingk: En effet.

Le sénateur Beaudoin: Vous préférez parler d'«euthanasie par omission» ou d'«agissement menant à l'euthanasie», plutôt que d'euthanasie «active» et «passive». Y a-t-il une raison?

M. Keyserlingk: La raison c'est que si l'on parle d'«euthanasie active» et d'«euthanasie passive», d'aucuns ont encore l'impression qu'avec l'«euthanasie passive» on continue à tuer le malade en toute bonne conscience. Je dirais plutôt qu'on ne tue absolument pas le malade lorsqu'on parle d'«euthanasie passive» puisqu'il s'agit en quelque sorte dans ce cas de mettre fin à la vie pour des raisons justifiées. C'est soit parce qu'on accepte le droit qu'a le malade de refuser de rester en vie, soit parce qu'on se rend compte que son état est devenu sans espoir. Dans un cas comme dans l'autre, on ne tue pas le malade. On n'est absolument pas la cause de sa mort. On ne fait que respecter un droit supérieur, qui est le droit pour le malade de dire non, ou on ne fait que reconnaître qu'il y a des limites à ce que la médecine peut faire.

C'est pourquoi je préfère parler parfois d'euthanasie même par omission, lorsqu'on aurait pu laisser aller les choses. Il n'en reste pas moins qu'on ne peut pas parler d'euthanasie résultant d'un agissement ou d'une omission, il s'agit en fait de permettre à quelqu'un de mourir pour des raisons justifiées. Si je dis cela, c'est tout simplement parce qu'il y a de nombreuses personnes qui ont des points de vue différents sur les termes employés. La terminologie la plus courante est celle d'«actif» et de «passif». C'est une source de confusion et c'est une des raisons pour lesquelles les gens hésitent dans ces deux types de situations parce qu'ils se demandent: «Ne sommes-nous pas en train de tuer le malade?»

[Text]

That came up in the *Nancy B.* case. The hospital was concerned, "Are we not killing the patient if we stop the life support?", to which the court replied, "Not at all. This is the patient's right to refuse." Whether the patient constructs that as suicide or not is a different matter. That is their issue. That is their moral dilemma or problem. However, from the hospital's point of view or the physician's point of view, they do not have a right to treat when it has been refused. It becomes a form of assault.

You are right. The court did clear up the apparent conflict between the two. My only point is that I do not think it had to go to court to clear that up. It could have been cleared up by a good look at the two forms of law, without having to delay it for 12 months in this case.

Is that okay? Or have I totally confused an otherwise simple issue? Sometimes it happens. We academics have a bad habit of taking something which is already clear and saying, "Let me clarify it for you." Then the students say, "I thought I understood that."

Senator Gigantès: We have some committee chairmen who do that, present company excepted.

Mr. Keyserlingk: The Criminal Code provisions which apply here, of course, are in section 241, counselling suicide or aiding and abetting suicide. Then we have, of course, the fact that the Criminal Code does not accept consent to death as being a justification for inflicting it, even in a context of compassion. That is the present code of which I am sure you are aware.

The Law Reform Commission proposed some clarifications which I put in the notes. All they really do is say what I showed you on that diagram. In effect, it is not killing or causing death to acquiesce in a competent patient's refusal, nor is it causing death to decide that when something has become, in using terminology from the Law Reform Commission text, "therapeutically useless". There are different ways of stating it, but that is the way we said it.

To run through some of the things that have led us to this point which are worth considering and maybe including in your considerations, if you have not already, would be these particular events and decisions, all the way from this early decision in 1914 which established, in effect, the right to refuse treatment in a common law context down to the *Sue Rodriguez* decision in 1993.

These are decisions which helped to delineate what the remaining problem is about assisted suicide and euthanasia.

[Traduction]

C'est ce qui s'est passé dans l'affaire *Nancy B.* L'inquiétude de l'hôpital était la suivante: «Est-ce que nous ne tuons pas la malade en cessant de le maintenir artificiellement en vie?», ce à quoi le tribunal a répondu, «Pas du tout. Le malade a le droit de refuser.» Que le malade interprète cela comme un suicide ou non, c'est une autre paire de manches. C'est son problème. C'est son propre cas de conscience. Du point de vue toutefois de l'hôpital ou du médecin, on n'a pas le droit de traiter lorsque le traitement a été refusé. Ça devient une forme d'agression.

Vous avez raison. Le tribunal a bien dissipé le conflit apparent qu'il y avait entre les deux. Je dis tout simplement qu'il n'était pas besoin de s'adresser aux tribunaux pour obtenir ce genre d'éclaircissement. On aurait pu le faire en regardant attentivement les deux textes de loi, sans avoir en l'espèce à retarder la décision pendant 12 mois.

Est-ce que vous me suivez ou est-ce que j'ai totalement embrouillé une question tout à fait simple au départ? C'est une chose qui arrive parfois. Je suis un universitaire, et nous avons la mauvaise habitude de partir de quelque chose qui est clair au départ en disant aux étudiants «Laissez-moi vous donner quelques éclaircissements.» À quoi les étudiants nous rétorquent: «Je croyais avoir déjà compris.»

Le sénateur Gigantès: C'est ce que font dans cette chambre un certain nombre de présidents de comité, celui-ci excepté.

M. Keyserlingk: Les dispositions du Code criminel qui s'appliquent en l'espèce sont bien entendues celles de l'article 241, qui parle sur le fait de conseiller un suicide ou d'aider à le commettre. Il y a aussi, bien entendu, le fait que le Code criminel n'accepte pas que l'on ait consenti à la mort pour justifier celle-ci, même si c'est pour abréger des souffrances. Ce sont les dispositions actuelles du Code, et je suis sûr que vous les connaissez.

La Commission de réforme du droit a proposé un certain nombre d'éclaircissements que j'ai consignés dans les notes. Cela revient en fait à ce que je vous ai montré dans ce schéma. En réalité, on ne tue pas et on ne cause pas la mort en acceptant le refus opposé par un malade jouissant de toutes ses facultés, et on ne cause pas non plus la mort lorsqu'on conclut qu'une vie est devenue, pour reprendre la terminologie employée par la Commission de réforme du droit dans son document «thérapeutiquement inutile». Il y a bien des façons de le dire, mais c'est celle qui a été choisie.

Passons maintenant en revue les différents éléments qui méritent d'être considérés et dont il vous faudra peut-être tenir compte, si vous ne l'avez pas déjà fait, en ce qui a trait aux événements précis et aux différentes décisions qui, à partir du premier jugement prononcé dès 1914, ont effectivement permis d'établir le droit de refuser le traitement dans le cadre de la common law, pour finalement déboucher sur le jugement *Sue Rodriguez* de 1993.

Il s'agit là d'une jurisprudence qui a contribué à délimiter les problèmes en ce qui a trait à l'euthanasie et au suicide assisté.

[Texte]

The *Schloendorff* decision in 1914 is frequently referred to as one of the basic decisions about the right to refuse treatment. Quinlan was the patient in the irreversible comatose state who was finally granted the right to have the respirator stopped but did not die. By this time, she had, in medical terms, been weaned off the need to be on a respirator. When they took it off, she actually surprised everyone by continuing to live for quite some time. However, it was finally decided that the parents had a right to take her off.

The *Conroy* decision was another one, in New Jersey in this case. Here, too, the point made is a competent person's common law constitutional rights do not depend on the quality or value of his life. If a person refuses, it does not matter that refusing will result in death. The point is patient has the right to refuse even lifesaving treatment.

The *Bouvia* decision raised the issue for the first time of medical feeding and hydration. Is that extraordinary care in the sense that it can never be refused? After many backs and forths, the court finally decided that too can be refused. Medical feeding and hydration is more like medicine than it is like normal spoon-feeding and, therefore, it can be refused and sometimes becomes extraordinary in view of the patient concerned.

"*It's Over, Debbie*" was an article by a physician who prescribed the administration of a lethal injection in 1988 in the *Journal of American Medical Association*. He did not give a name, but said he had administered a lethal injection and described what happened.

The *Malette* decision in Ontario involved a Jehovah Witness who had refused a blood transfusion in advance. He was involved in a series of accidents and was given a blood transfusion. The court ruled that an advance refusal is just as legal as a present refusal of treatment even if it is life-supporting.

Then we had the *Cruzan* decision of 1990 which you may recall involved again the issue of medical feeding and hydration. This decision got to the Supreme Court of the U.S. which decided that, yes, a person does have a right to refuse even artificial feeding. However, it has to be a clear refusal in advance. It can be refused either at the time by a competent patient or in advance by a presently incompetent patient. It was an important decision in that regard. It is a little more complicated than that, but I do not think all the complications are relevant here.

The court also said that the state has the right to put some restrictions on the right to refuse in that the family cannot decide in this case that it wants the feeding and hydration to stop because

[Translation]

L'arrêt *Schloendorff* de 1914 est souvent considéré comme un jugement clé en ce qui a trait au droit de refuser le traitement. La malade, Quinlan, était plongée dans un coma irréversible, et l'on avait finalement accordé le droit de la débrancher. Toutefois, elle n'est pas morte. Elle était parvenue au stade où elle n'était plus dépendante, d'un point de vue médical, de la nécessité d'être branchée sur un respirateur artificiel. Lorsqu'on l'a débranchée, elle a en fait surpris tout le monde en continuant à vivre pendant un certain temps. Toutefois, il a finalement été décidé que les parents avaient le droit de faire en sorte qu'elle soit débranchée.

Il y a eu aussi sur ce point la décision *Conroy*, prononcée au New Jersey. Là encore, il a été jugé qu'en common law, les droits constitutionnels d'une personne jouissant de toutes ses facultés étaient indépendants de la qualité ou de la valeur de sa vie. Si cette personne refuse le traitement, il est indifférent de savoir si ce refus va entraîner la mort. Ce qui est fondamental, c'est que le malade a le droit de refuser un traitement, même si celui-ci doit lui sauver la vie.

L'arrêt *Bouvia* a soulevé pour la première fois la question de l'alimentation et de l'hydratation artificielles par des moyens médicaux. S'agit-il en l'espèce de soins extraordinaires qui, à ce titre, ne peuvent jamais être refusés? Après de nombreux attermolements, le tribunal a finalement jugé que ce type de traitement pouvait lui aussi être refusé. L'alimentation et l'hydratation artificielles par des moyens médicaux relèvent davantage de la médecine que l'alimentation normale à la cuillère et, par conséquent, ce type de traitement peut être refusé et peut parfois s'apparenter à de l'acharnement aux yeux du malade concerné.

Dans l'article "*It's Over, Debbie*", publié en 1988 dans la revue de l'Association médicale américaine, un médecin raconte qu'il a prescrit une injection mortelle. Sans donner son nom, il a déclaré qu'il avait administré une injection mortelle et a décrit ce qui s'était passé.

Le jugement *Malette*, en Ontario, impliquait un témoin de Jéhovah qui avait refusé à l'avance une transfusion sanguine. Après avoir subi une série d'accidents, il a reçu une transfusion sanguine. Le tribunal a jugé qu'un refus donné à l'avance est tout aussi valable en droit qu'un refus de traitement prononcé sur-le-champ, même s'il doit sauver une vie humaine.

Il y a eu aussi en 1990 la décision *Cruzan* qui, vous vous en souvenez, portait elle aussi sur la question de l'alimentation et de l'hydratation artificielles par des moyens médicaux. L'affaire est allée jusque devant la Cour suprême des États-Unis, qui a statué qu'en effet une personne avait même le droit de refuser une alimentation artificielle. Il faut toutefois que ce soit un refus précisé clairement à l'avance. Ce refus peut être, soit opposé au moment considéré par un malade jouissant de toutes ses facultés, soit à l'avance par un malade qui n'a plus ensuite toutes ses facultés. Il s'agissait d'une décision importante à cet égard. Elle est un peu plus complexe que cela, mais je ne crois pas que toutes ces complications nous intéressent ici.

La cour a déclaré par ailleurs que l'État avait le droit d'imposer un certain nombre de restrictions au droit de refus et que la famille ne pouvait pas décider en l'espèce de faire cesser l'alimentation et

[Text]

there is not any indication of a clear advance wish on the part of Mary-Beth Cruzan. Finally, the court did decide that, in fact, we do have that wish in advance. They sort of concocted it and arrived at the conclusion that there was an advance wish.

The *Timothy Quill* letter was a very important recent event. He described how he facilitated the suicide of a woman in the final stages of dying from leukaemia. She wanted the ability to take her own life when she had had enough. Dr. Quill wrote a prescription of barbiturates, ensured that she knew how to use them and that she knew the amount needed to commit suicide, which she subsequently did. The cause of death was recorded as acute leukaemia.

The article was published. Investigations were conducted but eventually dropped. As I said before, this was one of the first acknowledgements in the medical press of someone who actually gave his name and said he had provided assisted suicide.

In the *Nancy B.* decision we just spoke about, a 30-year-old woman with Guillain-Barré syndrome refused treatment even when death was likely to occur. The courts said that can be done.

Another, of course, was Jack Kevorkian, who I believe provided assisted suicide at this point to 16 people. He started out with a homemade suicide device in the back of a Volkswagen. He got slightly more sophisticated, but not very much more.

This led to the enactment of a statute in Michigan which now makes assisted suicide criminal. It has been subsequently challenged as unconstitutional and has been declared by one court to be unconstitutional, but it will probably go all the way to the U.S. Supreme Court. The issue will be: Is the prohibition of assisted suicide a conflict with the right to privacy, which is the way the American constitution puts that issue. It is somewhat similar to the conflict in our context with equality rights and several other things in our constitution. That has not been decided by the Supreme Court yet but probably will be.

We then had the publication of *Final Exit*, which was a book on how to commit suicide by Humphrey. Humphrey is the head of the Hemlock Society, as you undoubtedly know. The book provided various recipes and dosages of ways of committing suicide. The legal issue there was, is it a form of aiding suicide to publish such a book.

It is an interesting theoretical question. It has arisen in England and France, where such a books were published. However, in no case was the author actually prosecuted, probably because there were no identifiable victims or no identifiable people who actually committed suicide where you could say they did it because they

[Traduction]

l'hydratation artificielles parce que rien n'indiquait que Mary-Beth Cruzan ait mentionné clairement à l'avance qu'elle souhaitait que l'on agisse en ce sens. La cour a fini par conclure qu'il y avait bien en fait un souhait prononcé à l'avance. Elle a en quelque sorte rétabli les événements pour en venir à la conclusion qu'il y avait un souhait de ce type émis à l'avance.

La lettre rédigée par *Timothy Quill* renvoie à un événement récent qui revêt une grande importance. Ce dernier a indiqué qu'il avait aidé une femme à se suicider, une femme atteinte de leucémie qui se trouvait en phase terminale. Cette femme voulait pouvoir s'enlever la vie tant qu'elle en avait encore les moyens. Le Dr Quill lui a prescrit des barbituriques en veillant à ce qu'elle sache comment les utiliser et qu'elle connaisse la quantité qu'il convenait de prendre pour se suicider, ce qu'elle a fait par la suite. On a mentionné comme cause du décès une leucémie en phase aiguë.

L'article a été publié. Une enquête a été menée, puis abandonnée par la suite. Je le répète, c'était là la première fois qu'une personne, qui donnait son nom, reconnaissait dans la presse médicale en avoir effectivement aidé une autre à se suicider.

Dans l'affaire *Nancy B.*, dont nous venons de parler, une femme de 30 ans atteinte du syndrome de Guillain-Barré a refusé tout traitement même s'il devait en résulter vraisemblablement la mort. Les tribunaux ont déclaré que c'était possible.

Il y a eu aussi, bien entendu, Jack Kevorkian qui, je pense, a aidé jusqu'à présent 16 personnes à se suicider. Il a démarré avec un appareil de suicide assisté de sa composition qu'il a installé à l'arrière d'une Volkswagen. Ses techniques se sont depuis un peu améliorées, mais pas beaucoup.

Il en est résulté l'adoption par le Michigan d'une loi qui criminalise le suicide assisté. Par la suite, on a attaqué la constitutionnalité de ce jugement et celui-ci a été jugé inconstitutionnel par un tribunal au moins, mais il est probable que l'affaire ira jusqu'à la Cour suprême des États-Unis. La question est la suivante: en interdisant le suicide assisté, entre-t-on en conflit avec le droit au respect de la vie privée, ce qui est la façon dont la constitution américaine pose le problème. Cela s'apparente en quelque sorte aux conflits qui se posent chez nous du point de vue des droits à l'égalité et d'autres dispositions de notre constitution. La Cour suprême n'a pas encore tranché, mais elles sera probablement appelée à le faire.

Il y a eu ensuite la publication de *Final Exit*, un ouvrage sur les différentes façons de se suicider qui a été rédigé par Humphrey. Humphrey est à la tête de l'association Hemlock, vous le savez certainement. Cet ouvrage procure un certain nombre de recettes et précise les doses requises en ce qui a trait aux différents moyens de se suicider. La question de droit qui se posait en l'espèce était de savoir si en publiant un tel ouvrage on aidait en quelque sorte les gens à se suicider.

Il s'agit là d'une question de principe intéressante. Elle s'est déjà posé en Angleterre et en France, où l'on a publié ce genre de livres. Jamais, toutefois, l'auteur n'a été en fait poursuivi, probablement parce qu'il n'y a jamais eu de victimes identifiables ou de personnes bien déterminées dont on peut dire qu'elles se

[Texte]

read that book. There are also perhaps several other reasons, but that is certainly one of them.

Then we had the Washington State initiative, which was an effort to make aid in dying, as it was called, legalized. The vote was rejected by a margin of only 8 per cent. If it had passed, it would have encouraged the state legislature to make physician-assisted dying or euthanasia a legal reality in that state. In the United States each state has its own criminal code.

Then we have the publication of the *Rommelink Report*, which is a report I strongly recommend you consider, if you have not yet done so. I will not state all these statistics, but basically it was an attempt to find out how many people in Holland actually are involved in euthanasia or assisted suicide. It cannot really claim to have totally accurate numbers, but it is probably the closest thing to accuracy of anything that has been studied so far. That is in the notes too, so I will not bore you with that.

I am sure you are aware of the euthanasia guidelines that Holland came up with. This is the earlier version. There is a slightly more recent investigation because parliament in Holland passed it more officially just last year. That is easily accessible. These essentially are the same conditions that apply in the new form of the legislation which still makes assisted suicide criminal if the conditions are not met. They preserve the right to say, "If we find that a doctor did not follow these conditions, we can still prosecute."

The issue around these conditions, of course, is that those who favour them say, "Look, here we have in Holland an example of conditions, criteria, a model that could be applied elsewhere to deal with potential abuses, to prevent potential abuses." Those on the other side say, "Yes, but how do we know how well they are being applied, and who is overseeing how effectively these conditions are actually being used?"

That is part of the debate, and it is a difficult problem to resolve because a lot of physicians in Holland do not actually put the cause of death down as being euthanasia because of fears that they may in fact be inviting prosecution at some later point if somebody decides they have not met the conditions. Therefore, the numbers are not exactly accurate.

Second, there really is not anybody overseeing this, and that may not even be possible. Therefore it is hard to know how accurately or carefully these conditions are being followed. Still, people who feel this gives us something to base criteria on will say, "Well, it's seemingly working okay, and nobody seems to be complaining too much about it, so why don't we design something like this?"

[Translation]

sont suicidé parce qu'elles avaient lu le livre. Il se peut qu'il y ait eu aussi d'autres raisons, mais c'était là certainement l'une d'entre elles.

Il y a eu aussi l'initiative prise par l'État de Washington, qui a tenté de légaliser ce qu'il a appelé l'aide apportée à la mort. La proposition a été repoussée par une marge de 8 p. 100 seulement. Si elle avait été adoptée, l'assemblée législative de l'État aurait pu rendre légal dans cet État l'euthanasie ou la mort assistée par un médecin. Aux États-Unis, chaque État a son propre code criminel.

Il y a eu aussi la publication du rapport *Rommelink*, que je vous conseille fortement de consulter, si vous ne l'avez pas déjà fait. Je ne vais pas vous abreuver de statistiques, mais pour l'essentiel on s'est efforcé dans ce rapport de découvrir combien de gens en Hollande avaient en fait été impliqués dans les cas d'euthanasie ou de suicide assisté. Ce rapport ne peut pas véritablement prétendre avoir recueilli des statistiques tout à fait exhaustives, mais il est probablement aussi proche de la réalité qu'on l'ait jamais été jusqu'à présent. C'est là aussi mentionné dans les notes et je ne vais pas vous ennuyer plus longtemps avec ça.

Je suis sûr que vous connaissez les lignes de conduite qu'a arrêtées la Hollande en matière d'euthanasie. Il s'agit ici de la première version. Il y a eu depuis une enquête un peu plus récente parce que c'est simplement l'année dernière que le Parlement hollandais a adopté tout à fait officiellement cette mesure. Tout le monde peut se procurer facilement ces lignes de conduite. Ce sont pour l'essentiel les mêmes conditions qui s'appliquent dans la nouvelle législation et qui font que le suicide assisté reste criminel si ces conditions ne sont pas remplies. On s'y réserve le droit de dire, «si l'on s'aperçoit qu'un médecin n'a pas respecté ces conditions, on conserve le droit de poursuivre.»

Le problème que posent ces conditions, bien entendu, c'est que ceux qui sont en faveur nous disent «Regardez, nous avons en Hollande un ensemble de conditions, des critères, un modèle qui peuvent être appliqués partout ailleurs pour s'attaquer aux abus potentiels, pour éviter qu'ils se produisent.» Ceux qui s'y opposent déclarent de leur côté: «Oui, mais comment savons-nous que ces mesures sont bien appliquées, qui en contrôle l'application pour savoir dans quelle mesure elles sont bien utilisées?»

Cela fait partie du débat, et le problème est difficile à résoudre parce que de nombreux médecins en Hollande ne mentionnent pas dans la pratique l'euthanasie comme étant la cause de la mort par peur de prêter le flanc à des poursuites par la suite au cas où quelqu'un déciderait qu'ils n'ont pas rempli toutes les conditions. Par conséquent, les statistiques ne sont pas tout à fait exactes.

En second lieu, il y a en fait personne qui contrôle tout ce qui se fait, et il se peut bien d'ailleurs que ce ne soit pas possible. Il est donc difficile de savoir avec quelle minutie et avec quelles précautions toutes ces conditions sont bien suivies. Il n'en reste pas moins que les gens ont l'impression de disposer d'un certain nombre de points de repère qui leur permettent de dire: «En fait, voilà qui paraît marcher, personne ne semble s'en plaindre et pourquoi pas ne pas concevoir quelque chose sur ce modèle?»

[Text]

In the judgment of Mr. Justice Lamer in the *Rodriguez* decision, as I'm sure you are aware, he attempted to put down some conditions that in her case, at least, could apply, which in some respects was an attempt to capture some of what is here.

The Chairman: It was more stringent.

Mr. Keyserlingk: It was more stringent, but they were certainly attempting to ensure the voluntary nature. The idea he had was to say, yes, not only is section 241 on assisted suicide too general and in some way too much a restriction of equality rights and so forth, but also we do need some sort of criteria, and he proposed some along these lines. As you say, his were more stringent, and they were really only applied to her case and were not meant to be of a general nature.

The next slide is the *Sue Rodriguez* case. I typed this out before the actual decision, so I just wrote it in, but you know that very well. That is in the notes too. I do not think we need to spend much time on that.

When it comes to the arguments pro and con, I had that in the notes. I don't know if you want me to flash some of these up here or just talk about them.

The Chairman: Just talk about them. We have the notes here.

Mr. Keyserlingk: If there is anything I have said or that appears in the arguments of the notes on pros and cons, I would be happy to talk about those. This is only an attempt that I make with the students so as not to tell them what I think or what they should think, because those days are gone. Obviously what I try to do at the end of the course is ask them if they know what my views are after what I have done, and I was happy to find this year they really didn't, so I felt I succeeded.

You have to look at both sides of the issue.

More to the point, you have to look at three, four, or five sides of the issue because sometimes two is not enough. We all have a tendency, me included, to go with the one with which we are most comfortable. I suggest to medical students that they have a duty to be self-critical about their favoured position on these things. That is what I have tried to do in that list of arguments.

I am open for questions.

The Chairman: Before I ask for questions from the other senators, could you tell us about the attitude of medical students with regard to the Hippocratic oath? That argument comes up

[Traduction]

Dans le jugement qu'il a prononcé sur l'affaire *Rodriguez*, le juge Lamer, vous le savez certainement, a cherché à établir un certain nombre de conditions qui étaient susceptibles de s'appliquer, du moins en l'espèce, et qui à certains égards se rapprochent de ce que nous avons ici.

La présidente: Les critères sont plus stricts.

M. Keyserlingk: Ils sont plus stricts, mais l'on a cherché de toute évidence à garantir le caractère volontaire de la décision. Le principe consistait à reconnaître qu'en effet, les dispositions de l'article 241 sur le suicide assisté étaient trop générales et restreignaient dans une trop large mesure les droits à l'égalité et autres droits du même type, mais que nous avons besoin en outre de disposer de certains critères, et le juge a fait des propositions en ce sens. Comme vous venez de le dire, ses critères étaient plus stricts, et ils ne s'appliquaient en fait qu'au cas précis qu'il avait à juger et il ne s'agissait pas d'en faire une application générale.

La diapositive suivante porte sur l'affaire *Sue Rodriguez*. J'ai dactylographié tous ces renseignements avant que la décision soit effectivement prise de sorte que je n'ai fait que rajouter des précisions par la suite, mais vous connaissez l'affaire comme moi. Vous retrouvez aussi ces indications dans les notes. Je ne crois pas qu'il faille nous attarder là dessus.

En ce qui concerne les arguments pour ou contre la décision qui a été prise, j'ai indiqué tout cela dans les notes. Voulez-vous que je vous les repasse ou que je me contente de faire un commentaire.

La présidente: Un simple commentaire suffira. Nous avons déjà les notes devant nous.

M. Keyserlingk: Si vous avez des remarques à faire sur ce que j'ai dit ou sur ce qui apparaît dans les arguments pour ou contre la décision qui figurent dans les notes, je me ferai un plaisir de vous donner des précisions. Il ne s'agit là que d'une ébauche que je présente aux étudiants de façon à ne pas avoir à leur dire ce que je pense ou ce qu'ils doivent penser, parce que cette façon d'agir n'est plus de mise. Évidemment, à la fin du cours, je cherche à savoir s'ils ont réussi à se faire une opinion de ma façon de penser à la suite de ce que je leur ai exposé, et j'ai eu le plaisir de constater cette année qu'ils n'y avaient pas réussi, de sorte que j'ai eu l'impression d'avoir bien fait mon travail.

Il faut pouvoir considérer le pour et le contre.

Pour être plus précis, il ne suffit pas, parfois, de pouvoir envisager le pour et le contre sur une question donnée; il faut considérer les trois, quatre ou cinq facettes qu'elle comporte. Nous avons tous tendance, et je n'en suis pas exempt, de ne considérer que celle qui nous convient le mieux. Je fais valoir aux étudiants en médecine qu'ils ont le devoir d'être critiques envers eux-mêmes pour ce qui est de la posture qu'ils ont choisi d'adopter sur toutes ces choses. C'est ce que je me suis efforcé de faire dans cette liste d'arguments.

Je suis prêt à répondre à vos questions.

La présidente: Avant de laisser aux autres sénateurs le soin de vous poser des questions, pourriez-vous nous dire quelle est l'attitude adoptée par les étudiants en médecine en ce qui a trait au

[Texte]

within the profession all the time. I hear two sides, one where they take the literal meaning of a couple of lines from the oath and the other where they say that there is a larger meaning.

Mr. Keyserlingk: The students do not have a great deal of allegiance to the Hippocratic oath. They do swear to it at graduation, but it is historically way off in the distance for them. They do not have much of an idea of its origins, its purpose or where it sat in the society of that time, roughly 400 B.C. As you say, there is the prohibition there of, "I will not give poison to anyone though asked to do so, nor would I suggest such a plan", which is the text that applies to this issue. They do recognize the importance of that prohibition to a point, but not all of them subscribe to it. Some medical students feel that assisted suicide ought to be available. Whether their attitude will change as they go through medicine is an interesting point on which I have never seen anything. These are students in the fourth year of medicine.

I suggest to them that one of the things they ought to consider is the fact that the Hippocratic tradition was a tradition very much in opposition to the current views of the time, which were very much in favour of euthanasia. The Hippocratic tradition was an attempt of a somewhat dissident reformist movement to take a stance against the prevailing morays of the time. That does not mean that that is the position they ought to adopt.

Many tend to be of the view that medicine should follow what people want. There is, I suppose, more of the consumer view of patients than there may have been in the past. Older physicians tend to say, "We don't just do what patients want, sometimes we have to tell them that we can't do that for reasons of personal and professional ethics." There is probably more tendency among present day students to say that we ought to try to give patients what they want and that it is not up to us to take a stance against prevailing morays, that we are supposed to fit into them. Therefore, I remind them that the Hippocratic oath represents a period of time when physicians did take a stance against prevailing views. They have to consider: What is their place in society? Do they follow the morays or take stands against them? How do their personal and professional ethics fit in? Again, I do not tell them how to resolve these issues, but it seems to me it is something they have to worry about.

Senator Perrault: In this process of gathering information, are you able to tell us how many countries permit by law this procedure of passive or active euthanasia?

Mr. Keyserlingk: Holland is the only country of which I am aware that has legalized, under certain conditions, euthanasia. There are countries however that make it a lesser crime than

[Translation]

serment d'Hippocrate? C'est une question qui revient constamment sur le tapis au sein de la profession. Deux points de vue sont exprimés, il y a ceux qui adoptent le sens littéral d'une ou deux lignes du serment et ceux qui affirment que ce serment a une signification plus large.

M. Keyserlingk: Les étudiants ne sont pas très attachés au serment d'Hippocrate. Ils prêtent effectivement serment au moment où ils obtiennent leur diplôme, mais il y a une distanciation historique qui est très grande. Les étudiants n'ont pas une idée très précise des origines de ce serment, de sa finalité et de sa place dans la société de l'époque, soit à peu près vers 400 av. J.-C. Comme vous le signalez, il y a dans ce serment l'interdiction suivante: «Je ne donnerai du poison à personne même si on me le demande et je ne formerai jamais ce projet», c'est la formulation qui nous intéresse ici. Les étudiants reconnaissent l'importance de cet interdit jusqu'à un certain point, mais tous n'y souscrivent pas. Il y a des étudiants en médecine qui estiment que le suicide assisté devrait être possible. Quant à savoir si leur sentiment va changer à mesure qu'ils avancent dans leurs études de médecine, voilà un point intéressant que je n'ai jamais pu éclaircir. Il s'agit là d'étudiants de quatrième année de médecine.

Je m'efforce de leur rappeler qu'il leur faut tenir compte du fait que la tradition tirée d'Hippocrate était tout à fait en opposition avec les vues de l'époque, quant à elles très favorables à l'euthanasie. La tradition inspirée d'Hippocrate était une tentative faite à l'époque par un mouvement réformiste en quelque sorte dissident pour s'opposer à la morale de son temps. Cela ne veut pas dire qu'il nous faille adopter cette position.

Nombre de personnes ont tendance à penser qu'il faut que la médecine s'adapte à ce que veulent les gens. J'imagine que le malade est aujourd'hui davantage considéré comme un consommateur que par le passé. Les médecins de la vieille génération ont tendance à dire: «On ne peut pas se contenter de faire ce que veulent les malades, parfois il nous faut leur dire qu'on ne peut pas faire telle ou telle chose pour des raisons d'éthique personnelle ou professionnelle.» Les étudiants en médecine d'aujourd'hui ont probablement davantage tendance à penser qu'il nous faut faire ce que veulent les malades et qu'il ne nous appartient pas de nous opposer à la morale de l'époque, qu'il nous faut au contraire nous y adapter. Je leur rappelle donc que le serment d'Hippocrate est le témoignage d'une époque au cours de laquelle des médecins se sont opposés à l'opinion majoritaire. Il leur faut se demander: Quelle est notre place dans la société? Doit-on obéir à la morale de l'époque ou, au contraire, ne pas hésiter à s'y opposer? Comment concilier tout cela avec notre éthique personnelle et professionnelle? Là encore, je ne leur demande pas d'apporter une réponse définitive à ces questions, mais il me paraît bon qu'ils s'en préoccupent.

Le sénateur Perrault: Après avoir recueilli toute cette information, êtes-vous en mesure de nous dire combien de pays autorisent en droit cette procédure d'euthanasie passive ou active?

M. Keyserlingk: La Hollande est le seul pays qui, à ma connaissance, ait légalisé l'euthanasie, à certaines conditions. Il y a cependant des pays qui qualifient cet acte comme un délit moins

[Text]

homicide. In some cases they have an offence of compassionate killing which is considerably less serious in terms of its sentence and so forth. This is true of some South American countries and I believe Switzerland.

Senator Perrault: There seems to be an abiding concern on the part of some people that it is unconscionable to punish those who are feeble or mentally disabled or crippled. A friend of ours escaped from Germany during the war. They had hidden the daughter because she was born with a malformed left leg. They were in mortal fear that Adolph Hitler's people would destroy her because she was "a burden on society and expensive to retain". Is that not where we distinguish ourselves from animals, in that we have some human compassion? I would like to know your views on that.

Mr. Keyserlingk: That subject comes up a lot in terms of, if we go the route of legalizing assisted suicide or euthanasia, are we not going from voluntary requests to the actual involuntary application of suicide or euthanasia? The German experience during the Nazi regime is referred to very much in that context. Look at what happened there. They started out with voluntary euthanasia and then it became involuntary in the sense that mental patients and people with other handicaps were being killed. Then it became a racist application.

Senator Perrault: There was no code of conduct associated with the procedure. I presume it was very arbitrary.

Mr. Keyserlingk: It was arbitrary, but it was very much a state program. This is another thing I remind medical students about, that medicine was very much implicated in that program. These were highly educated and highly civilized people in many respects, but the medical profession represented the largest proportion of all professionals who joined the Nazi party, something in the order of 49 per cent. That is another point that has to do with the stance of medicine in society — at what point or is there a point at which they ought to take a stance against prevailing views or follow them.

It is much debated as to whether the Nazi precedent applies now. There is a massive amount of literature on that. People will say that it does not apply at all because we are much more civilized, democratic and educated, plus we have controls where they did not have controls. Others will say that they were highly educated and highly civilized and look what happened.

Senator Perrault: The academics do not stand up very well either.

Mr. Keyserlingk: No, no academics stood up very well.

[Traduction]

grave que l'homicide. Dans certains cas, il y a l'infraction consistant à tuer quelqu'un pour abréger ses souffrances, dont la gravité est bien moindre et qui entraîne par exemple des peines inférieures. C'est le cas de plusieurs pays de l'Amérique du Sud et, il me semble, de la Suisse.

Le sénateur Perrault: Il semble y avoir une préoccupation constante chez certains, qui jugent inadmissible que l'on risque de s'attaquer aux faibles, aux handicapés ou aux retardés mentaux. J'ai un ami qui a fui l'Allemagne pendant la guerre. Il avait caché sa fille parce qu'elle était née avec une jambe déformée. Il avait terriblement peur que les séides d'Adolphe Hitler ne la tuent parce qu'elle était «un fardeau pour la société et qu'elle coûtait cher à maintenir en vie». N'est-ce pas là ce qui nous distingue des animaux, la compassion pour nos semblables? J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

M. Keyserlingk: C'est une question qui revient souvent sur le tapis, à savoir si l'on s'engage dans la voie de l'euthanasie ou du suicide assisté par des moyens légaux, ne va-t-on pas passer des décisions prises volontairement à l'imposition du suicide ou de l'euthanasie indépendamment de la volonté de l'intéressé? On fait souvent référence dans ce cadre à l'expérience allemande sous le régime nazi. Voyez ce qui s'est passé dans ce cas. On a commencé par l'euthanasie volontaire et l'on s'est ensuite passé de la volonté des intéressés en ce sens que les malades mentaux et autres personnes handicapées ont été tués. L'application est devenue ensuite raciste.

Le sénateur Perrault: Il n'y avait aucun code de conduite accompagnant cette procédure. J'imagine que c'était très arbitraire.

M. Keyserlingk: C'était arbitraire, mais il s'agissait bien en fait d'un programme d'État. Voilà autre chose que je ne manque pas de rappeler aux étudiants en médecine, c'est que la médecine a largement participé à ce programme. Il y avait au sein de la profession médicale des gens très instruits et hautement civilisés à bien des égards, mais de toutes les professions libérales, c'est pourtant au sein de cette profession que le parti nazi a recruté le plus fort pourcentage de membres, c'était de l'ordre de 49 p. 100. Voilà un autre élément qui nous ramène aux prises de position de la médecine au sein de la société — à partir de quel moment, et y a-t-il un moment, où il faut prendre position contre l'opinion majoritaire, plutôt que de la suivre.

On discute beaucoup pour savoir si l'expérience nazie s'applique à notre société actuelle. De nombreux ouvrages ont été écrits à ce sujet. D'aucuns vont dire que cet exemple n'est plus du tout pertinent parce que notre société est bien plus civilisée, plus démocratique et plus instruite, sans parler du fait que nous avons des moyens de contrôle qui n'existaient pas à l'époque. D'autres vont vous rétorquer qu'il s'agissait à l'époque d'une société très instruite et très civilisée et que ça n'a pas empêché la chose de se produire.

Le sénateur Perrault: Les universitaires ne font pas non plus très bonne figure.

M. Keyserlingk: Non, les universitaires n'ont pas fait très bonne figure.

[Texte]

Le sénateur Lavoie-Roux: Quand vous parlez des «pour et des contre» (le document n'est pas paginé), mais je pense que le sixième argument rejoint peut-être un peu les préoccupations de mon collègue, le sénateur Perrault.

Vous dites que l'argument contre, c'est le fait que l'on pourrait peut-être assister à des abus et qu'il pourrait y avoir des pressions subtiles et directes qui seraient exercées auprès du médecin pour lui demander assistance vis-à-vis des parents ou des proches.

Est-ce que je dois comprendre que le «pro» est un argument contre le «con»? Vous dites que comme société...

We as a society are wise enough to devise a policy to effectively guard against those and other abuses. We as physicians are wise and experienced enough...

Whose point of view is that?

Mr. Keyserlingk: The "pro" are the people saying —

Senator Lavoie-Roux: It is not necessarily your point of view?

Mr. Keyserlingk: No. None of these points of view are mine. I am simply trying to gather the arguments made. The "pro" are people who say we should be able to legalize assisted suicide and euthanasia. In this case, they believe we are wise enough to develop appropriate controls.

The "con" of that stance, people who are against legalizing assisted suicide and euthanasia, would wonder if we can really develop such criteria. They would say, "How will we guard against abuses?"

Le sénateur Lavoie-Roux: Revenons au «pro». Ces gens-là parlent des lignes directrices qui ont été définies par la Hollande. Est-ce que l'expérience qu'on a de la Hollande est suffisamment longue pour arriver à des conclusions comme quoi la Hollande a vraiment trouvé des balises qui mettent la société ou les individus à l'abri de cette sorte d'abus (c'est votre point de vue que je veux) ou si l'on doit encore observer pendant un bout de temps? C'est quand même passablement récent et il y a eu le moment où on a laissé aller les choses. L'autre législation, c'est quand l'on a défini les critères d'une façon plus précise.

Ce que je me demande, c'est: Est-ce que l'expérience est assez longue pour que l'on puisse en conclure des choses significatives?

Mr. Keyserlingk: D'après moi, non. Je pense qu'il faut étudier les résultats. Il faut prendre plus de temps.

Le problème, c'est qu'il n'y a pas de mécanisme pour évaluer s'ils suivent les lignes directrices ou s'ils ne les suivent pas, à savoir, est-ce qu'il y a des abus et cetera. D'après moi, il est un peu tôt pour en décider. Je pense qu'il faut qu'on étudie la pratique un peu plus.

[Translation]

Senator Lavoie-Roux: When you speak of the "pros and cons" — the pages in the document are not numbered — I think the sixth argument is the one my colleague, Senator Perrault, has concerns about.

You say that the argument against is the fact that there may be abuses and there might be subtle or even blatant pressure on the doctor to provide assistance for relatives or loved ones.

Am I to understand that the "pro" argument is the opposite of the "con"? You say that we as a society . . .

Notre société est suffisamment évoluée pour concevoir une politique qui nous protège efficacement contre ce genre d'abus. En tant que médecins, nous avons suffisamment de sagesse et suffisamment d'expérience ...

À qui appartient ce point de vue?

Mr. Keyserlingk: Ceux qui sont «pour» sont les gens qui disent...

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce n'est pas nécessairement votre point de vue?

Mr. Keyserlingk: Non. Aucun de ces points de vue n'est le mien. J'essaie simplement de rassembler les arguments qui sont présentés. Ceux qui sont «pour» sont ceux qui disent que l'on devrait pouvoir légaliser l'euthanasie et le suicide assisté. Dans ce cas, ils considèrent qu'ils sont suffisamment avisés pour pouvoir mettre en place les moyens de contrôle qui s'imposent.

Ceux qui sont «contre», en l'espèce, sont des gens qui s'opposent à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté et qui ne sont pas sûrs que l'on puisse effectivement faire appliquer de tels critères. Ils nous disent: «Comment va-t-on se protéger contre les abus?»

Senator Lavoie-Roux: Let's get back to the "pros". These people are talking about a policy that was developed in Holland. Has Holland had enough experience with euthanasia to allow us to say that Holland is really on the right road and protects society or individuals from that kind of abuse — I would like to hear your point of view on this — or whether for the time being we should keep on watching what happens in Holland? All this is just the same quite recent and there was a time when things were just left alone. The other piece of legislation came out when the criteria were given more specific definitions.

What I am wondering is whether Holland's experience has been lengthy enough for us to be able to draw meaningful conclusions from it?

Mr. Keyserlingk: In my view, it has not. I think we have to look at the results. We have to take more time.

The problem is that there is no way to determine whether the guidelines are being followed or not, that is, whether there are abuses, and so forth. In my opinion, it is too early to decide. I think we will have to study actual practice a little longer.

[Text]

Mais même cela, c'est très difficile parce que même s'il faut indiquer le fait que ce patient est mort parce qu'il a été euthanasié, beaucoup de médecins ne l'écrivent pas parce qu'ils craignent de faire l'objet d'une poursuite.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est cela, qu'ils vont être poursuivis.

M. Keyserlingk: C'est un peu difficile. Mais l'on a un peu plus d'évidence que l'on en avait avant avec cette étude de Remmelink dont j'ai un sommaire ici. Même cela, ce n'est pas absolument sûr, mais c'est un commencement, au moins.

La peur que l'on a avec cette étude, c'est qu'il y a une fiche qui est un peu troublante, c'est-à-dire le fait qu'ils ont trouvé des exemples de personnes qui n'ont pas demandé l'euthanasie mais qui sont quand même des sujets pour l'euthanasie parce qu'ils ont décidé que leur état de santé était trop pauvre ou que les pronostics étaient mauvais, et cetera.

Senator Lavoie-Roux: I do not have many problems with the competent person who says, "When I reach a certain stage, I might become incompetent and will so indicate." To me, that is clear. However, where do you draw the line with people who, not having given their consent or not having been asked to give their consent or having thought about it, suddenly pass from one step to the other? The doctor could give the patient morphine in the belief that the patient's condition is futile. That might hasten the death process in certain cases. Where is the line drawn where a doctor would decide to proceed from relieving the pain and keeping the patient in comfort and then moving to the next stage and increasing the morphine dosage?

Mr. Keyserlingk: It is very difficult to draw the line; it always will be. The decision that the patient's condition is futile in terms of further therapy — not necessarily in terms of further care — is a judgment call. It is very rare that the condition will be so obviously futile that palliative care cannot be done. With respect to the patient who is in what is called a "persistent vegetative state" — it is a terrible term, but it means that the neurological damage is so serious that there can be no recovery — some people in medical practice and some families would want to continue to maintain such patients. They believe we should give these patients antibiotics if they develop an infection; resuscitate them if they have an arrest; continue feeding them medically, et cetera. Others would say that if the patients are in that state, surely it is no longer in their interests to be maintained alive. They would say, "Why do we not simply decide that if they have an arrest, we do not resuscitate them; if they have an inflection, we will not correct it; and if we are feeding them medically, we can stop." The point is that those who feel it is pointless to go on believe that it is not in this patient's interest any more.

[Traduction]

But even this is quite difficult because, even though there must be a record of the fact that a patient died through euthanasia, many doctors do not write it down for fear they may be charged with a crime.

Senator Lavoie-Roux: That is right, they will be charged.

Mr. Keyserlingk: It is rather difficult. But we have a little more evidence now than we did in the past with this study by Remmelink that I have an abstract of here. Of course, it is not absolutely sure, but it is a start.

The fear that we have with this study is that they found something that is rather disquieting. They found examples of people who had not asked for euthanasia but who were nonetheless subjected to euthanasia because it was decided that their state of health was too poor or the prognosis was not very good, and so forth.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je ne vois pas vraiment le problème lorsqu'une personne jouissant de toutes ses facultés déclare: «Lorsque j'en serai arrivé à un certain stade, je n'aurai peut-être plus toutes mes facultés et je vais agir en ce sens.» Pour moi, c'est clair. Toutefois, comment allez-vous fixer la limite au sujet des personnes qui, sans qu'elles aient donné leur consentement, sans qu'on le leur ait demandé ou sans qu'elles y aient pensé, passent soudainement d'un état à l'autre? Le médecin pourrait très bien administrer au malade de la morphine en considérant que l'état de celui-ci est sans espoir. La mort pourrait en être accélérée dans certains cas. Comment tracer la ligne de démarcation entre le médecin qui décide de soulager la douleur et de maintenir le confort du malade, et celui qui passe à l'étape suivante et qui augmente la dose de morphine?

M. Keyserlingk: Il est très difficile de faire la part des choses, et ce n'est pas prêt de changer. La décision selon laquelle l'état du malade est sans espoir sur le plan thérapeutique — ce qui ne veut pas nécessairement dire qu'on ne peut pas lui apporter des soins pour le soulager — participe d'un jugement de valeur. Il est très rare que cet état soit suffisamment sans espoir pour que l'on ne puisse pas apporter des soins palliatifs. Dans le cas du malade qui est dans ce qu'on qualifie «un état végétatif persistant» — c'est une expression terrible, mais qui signifie que les dommages causés au cerveau sont si graves qu'il n'y a aucun espoir de rétablissement — certains praticiens et certaines familles veulent néanmoins maintenir en vie ces malades. Ils considèrent qu'il leur faut donner à ces malades des antibiotiques en cas d'infection, les ramener en vie s'ils ont un arrêt cardiaque, continuer à les nourrir par des moyens artificiels, et cetera. D'autres vous diront que lorsque le malade tombe dans cet état, il n'est certainement pas dans son intérêt d'être maintenu en vie. Selon eux: «Pourquoi ne pas décider tout simplement qu'à partir d'un moment où le malade a un arrêt cardiaque, il ne faut pas le ramener en vie; ou s'il a une infection, qu'il ne faut pas y remédier; ou il doit être alimenté artificiellement, qu'on peut cesser de le faire.» Il faut bien voir que ceux qui considèrent que cet acharnement est inutile pensent ainsi parce qu'à leurs yeux ce n'est plus dans l'intérêt du malade.

[Texte]

Even in such cases, there is debate. Families will say that they want treatment to go on. Others will say that they want us to stop treatment. Sometimes a staff person or team in the hospital will indicate that they do not want to stop treatment. Therefore, this question of "What is futility?" is a major problem.

The line between that and other cases is more difficult. When we are presented with something not quite as clear as a persistent vegetative state, it is even more difficult.

Pain control is a major problem as well. The line between appropriate pain control and giving more than is needed is, medically, extremely difficult to maintain. It is a judgment as well because it is about "this" patient. It is not about "all" patients with this condition. What is the tolerance level? What is the patient's need?

We already have this difficulty, even if we have not legalized assisted suicide. We have major problems about where lines are drawn. There is no general agreement.

Senator Lavoie-Roux: Can I ask two more questions, Madam Chair?

The Chairman: No, I am sorry, senator. We will go around the table and come back for a second round of questions.

Senator Beaudoin?

Le sénateur Beaudoin: Madame la présidente, j'ai deux questions à poser. J'adresse la première au professeur. Est-ce qu'il existe un lexique ou un dictionnaire qui définit de façon assez claire les termes «en présence» ou s'il n'y en a pas?

M. Keyserlingk: Non, sénateur Beaudoin, il n'y en a pas.

Le sénateur Beaudoin: Alors, chaque cas est décidé par la Cour suprême aux États-Unis, au Canada, en Hollande, et cetera. C'est ce qui arrive en pratique, n'est-ce pas?

M. Keyserlingk: Oui, mais il y a en grande partie des décisions qui sont presque les mêmes dans tous ces pays que vous avez mentionnés. Le Canada, les États-Unis et l'Angleterre ont seulement clarifié le fait que le patient peut toujours refuser le traitement. Il y a des situations où le traitement est devenu futile. Il faut décider dans chaque cas, cela dépend du patient. Vous parlez de définition, mais il y a des exemples de cela. Par exemple, doit-on débrancher le respirateur? Quelle nutrition donner au patient? ...et cetera.

Cela est très facile quand le patient est compétent parce que c'est à lui de décider s'il veut ou non recevoir un traitement, et cela est valide pour tous les traitements. Mais quand le patient n'a pas la compétence pour prendre la décision, à savoir, s'il veut demeurer sur le respirateur, par exemple, on peut arrêter le respirateur même si le patient n'a pas refusé.

[Translation]

Même les cas de ce genre donnent matière à débat. Certaines familles vont nous dire qu'elles veulent qu'on poursuive le traitement. D'autres, qu'elles veulent qu'on l'arrête. Parfois, un membre du personnel ou une équipe hospitalière font savoir qu'ils ne veulent pas arrêter le traitement. Toute cette question de savoir «s'il n'y a plus d'espoir» pose donc un grave problème.

La ligne de démarcation entre ce genre de cas et les autres est encore plus difficile à tirer. Lorsque nous sommes placés devant un cas qui n'est pas tout à fait aussi clair que celui d'un état végétatif persistant, la question est encore plus épineuse.

La lutte contre la douleur est encore plus difficile. Il est extrêmement difficile de faire la distinction entre des moyens de lutte légitimes contre la douleur et le fait d'administrer une dose supérieure à celle qui est nécessaire. Il y a là encore un jugement de valeur parce qu'il s'agit de «tel» malade en particulier. Ça ne s'applique pas à «tous» les malades placés dans le même état. Quel est le seuil de tolérance? Quels sont les besoins du malade?

Nous sommes d'ores et déjà placés devant cette difficulté, même si nous n'avons pas encore légalisé le suicide assisté. Nous avons de gros problèmes lorsqu'il s'agit de tracer la ligne de démarcation. Il n'y a pas de convention qui fasse l'unanimité.

Le sénateur Lavoie-Roux: Puis-je poser deux autres questions, madame la présidente?

La présidente: Non, je regrette, sénateur. Nous devons faire le tour de la table et nous vous reviendrons ensuite pour une deuxième série de questions.

Sénateur Beaudoin?

Senator Beaudoin: Madam Chair, I have two questions. I would like to address the first to the professor. Is there a lexicon or dictionary that gives clear definitions of the terms used in discussing this issue?

Mr. Keyserlingk: No, Senator Beaudoin, there is not.

Senator Beaudoin: So each case is decided by the Supreme Court in the United States, in Canada, in Holland, and so on. Is this what happens in actual fact?

Mr. Keyserlingk: Yes, but there are many decisions that are practically identical in all the countries you mentioned. Canada, the United States and England have only clarified the fact that a patient has the right to refuse treatment. There are situations where treatment would be futile. A decision must be made in each case, and the decision depends on the patient. You want to know about definitions, but there are examples of this. For example, should we disconnect the respirator? What food should we give the patient? And so on.

It is very easy to make this decision when the patient is competent, because it is up to him to decide whether or not he wants to be treated, and this holds true for all treatments. But it is another story when the patient is not competent to make that decision, about staying on the respirator, for instance. The respirator can be disconnected even though the patient has not refused this treatment.

[Text]

Senator Beaudoin: I like your definition of euthanasia by act or by omission. You then quoted certain cases. That allows us to discuss intelligently. The danger of not defining the terms *a priori* is that we mix everything in the same plate.

I have learned that when we define terms before starting a discussion, we save four or five hours of completely useless argument. That is why I asked if there is a lexicon. There is no lexicon but, of course, some definitions are more than national, they are international or universal. That is good. We may save a lot of time with that.

There is also the second debate, which we had on abortion. Criminalization or decriminalization is one factor. People say that we cannot put that in a statute or a law because there may be abuses. I understand that, but is medicine advanced enough to allow jurists, for example, to say, "We tried to define what is voluntary and what is not voluntary. We tried to define what is abuse and what is proper use"?

Is it your experience that it is possible for science to do that now? In other words, is medicine advanced enough, if I may use that expression, to circumscribe the problem in such a way that we may define appropriately, in legal terms, what may or may not be done?

Mr. Keyserlingk: I think it is. I think that can be done. I think the problem is more typically about whether we feel we can do certain things more than because we have a problem with definitions.

Let me give you an example. When people say, "We couldn't legalize assisted suicide or euthanasia because patients would be making decisions from which there is no return, it's a final decision." I do not consider that to be a very sound argument because that is already the case when patients are refusing treatment. When they say, "We do not want any more life support", as *Nancy B.* did, that is an irrevocable decision, there is no return, and it is just as serious as a patient saying, "I would like to be helped in suicide."

Therefore, it seems to me that the problem is not about irrevocability but more about whether we feel morally, as individuals, as a society, as a medical profession and so forth, that it is appropriate to respond to certain requests. I do not personally have a great deal of doubt that we could define the terms, define the conditions, define the criteria, because we are already doing that about some very serious decisions such as the refusal of treatment or the decision about futility, which is a judgment decision which has enormously serious implications. It is a decision that we can stop a respirator for a patient because it is not helping any more. That is a serious decision. The criteria are available, but they are not written in stone. It is a judgment call.

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: J'aime bien votre définition de l'euthanasie par acte ou par omission. Vous avez ensuite cité certains cas. Cela nous permet de discuter intelligemment de la question. Le danger que l'on court à ne pas définir les termes *a priori*, c'est que l'on mélange tout.

J'ai appris que lorsque l'on définit les termes avant d'entamer un débat, on économise quatre ou cinq heures de discussions totalement inutiles. C'est la raison pour laquelle je vous ai demandé s'il existe un lexique. Il n'y en a pas, mais bien entendu, certaines définitions sont plus que nationales, elles ont acquis une valeur internationale ou universelle, ce qui est une bonne chose. Cela pourrait nous permettre de gagner beaucoup de temps.

Il y a également le second débat, que nous avons eu sur l'avortement. La criminalisation ou la décriminalisation est un facteur. Les gens disent qu'il n'est pas possible d'incorporer cela dans un statut ou une loi parce qu'il peut y avoir des abus. J'en conviens, mais la médecine a-t-elle fait suffisamment de progrès pour permettre aux juristes, par exemple, de dire, «Nous avons essayé de définir ce qui est volontaire et ce qui ne l'est pas. Nous avons essayé de définir ce qui constitue un abus et ce qui est un usage approprié»?

D'après votre expérience, pouvez-vous dire qu'il est maintenant possible pour la science de faire cela? En d'autres termes, la médecine est-elle suffisamment avancée, si je puis m'exprimer ainsi, pour circonscrire le problème de manière à ce que l'on puisse correctement définir, en termes juridiques, ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas?

M. Keyserlingk: Je crois que oui. Je pense que c'est possible. Habituellement, le problème tient plus à la question de savoir si nous nous sentons capables de faire certaines choses qu'aux difficultés d'interprétation des définitions.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Lorsque les gens disent, «Nous ne pourrions pas légaliser le suicide assisté ou l'euthanasie parce que les malades prendraient des décisions irréversibles, définitives. À mon avis, ce n'est pas un argument très valable, car c'est déjà ce qui se passe lorsque des malades refusent qu'on les soigne. Lorsqu'ils disent, «Nous ne voulons plus être maintenus artificiellement en vie», comme l'a fait *Nancy B.*, c'est une décision irrévocable, sans retour, et qui est tout aussi grave que celle d'un malade qui dit, «Je voudrais qu'on m'aide à me suicider.»

Il me semble donc que le problème n'est pas de prendre une décision irrévocable mais plutôt de déterminer si nous jugeons qu'il est moralement acceptable, en tant qu'individus, que société, que la profession médicale, et cetera, accède à certaines demandes. Je ne doute guère, personnellement, que nous puissions définir les termes, les conditions, les critères, car c'est ce que nous faisons déjà dans le cas de certains choix très graves comme le refus de soins ou la décision qu'ils sont vains, jugement lourd de conséquences. C'est une décision que de pouvoir débrancher un respirateur parce qu'il n'est plus d'aucune utilité pour le malade, et elle est grave. Les critères existent, mais ils ne sont pas gravés dans le marbre. Il y a un choix à faire.

[Texte]

I think the real issue is more the morality of it — can we do what is being requested — rather than whether we can devise criteria for when the request can be made.

Senator Gigantès: There was a shocking headline in the *Gazette* in 1982. It said: "The vegetable woke up and asked for fries". Those of us working at the *Gazette* at the time were scandalized. This referred to a patient who had been in a vegetative state for a long time and was not expected to recover, suddenly did recover and actually asked for French fries.

The point is important with regard to trying to convince a loving relative that the patient is not going to come out of the coma. We heard Dr. Keyserlingk tell us that in the case of Ms Karen Quinlan it was assumed that if they stopped the respirator she would die, and she did not. There are other cases.

With that in mind, is there any possibility of someone who does not want to be kept alive through heroic means, writing a will which will be specific enough, describing the conditions under which he wants to be allowed to die, saying, "I do not want this or that to be done," which would be binding on the relatives?

Mr. Keyserlingk: It is already possible to do that in Quebec where we have what we call "mandates". A mandate, which is now supported by legislation, is an authority to write a wish of that kind, to have it witnessed, and to choose an agent who will speak for one in that kind of situation when one has become incompetent. I believe that this kind of legislation is also close to being enacted in Ontario and other provinces. It is an attempt to improve upon what used to be called a "living will", where people simply signed a form saying, "I do not want heroic measures taken". The trouble with that was that people did not know what was meant by "heroic measures", and in what circumstances they are not to be taken. They were much too general to be of much use in an actual decision.

Now it is possible to write what one wishes or does not wish for a variety of circumstances, and that is legally binding. There are no sanctions for this in Quebec, but it is a legally binding wish. The relatives cannot say, "We do not like it so do not do it", if it is clear enough to the physician that this is what the patient wanted and it is signed. There is the added complication in Quebec that it has to be taken to a court to be ratified, which can take a few weeks. Therefore, if it is a decision that has to be made right away, it is not terribly helpful.

If we are talking about a chronic care decision that can be delayed a while, then it is quite good.

Senator Gigantès: So the arbiter is in effect the judge, is that correct?

[Translation]

Je crois qu'il s'agit plus d'une question morale — pouvons-nous faire ce que l'on nous demande — que celle de savoir si nous sommes capables de concevoir des critères permettant de déterminer le moment où la demande peut être faite.

Le sénateur Gigantès: En 1982, un numéro de la *Gazette* affichait un titre choquant: «Le légume s'est réveillé et a demandé des frites». Ceux d'entre nous qui travaillaient à la *Gazette* à l'époque furent scandalisés. Il s'agissait en effet d'un malade qui était longtemps demeuré dans un état végétatif sans espoir de rétablissement, et qui s'était pourtant tout à coup réveillé et avait effectivement réclamé des frites.

Ce point est important lorsqu'il s'agit d'essayer de convaincre un parent aimant que le malade ne sortira pas du coma. Le Dr Keyserlingk nous a dit que, dans le cas de Mme Karen Quinlan, on était persuadé qu'elle mourrait si l'on débranchait le respirateur, et pourtant, elle n'est pas morte. Il y a d'autres cas comme cela.

Est-il donc possible qu'une personne qui ne veut pas être maintenue en vie par des moyens héroïques, rédige un testament suffisamment précis dans lequel elle décrit dans quelles conditions elle veut qu'on la laisse mourir et écrit, «Je ne veux pas qu'on fasse ceci ou cela,» ce qui obligerait les membres de sa famille à respecter sa volonté?

M. Keyserlingk: Il est déjà possible de le faire au Québec où nous avons ce que nous appelons des «mandats». Un mandat, qui est maintenant légal, donne pouvoir d'exprimer par écrit un vœu de ce genre, devant témoins, et de choisir un agent qui sera votre porte-parole lorsque vous n'aurez plus toutes vos facultés. Je crois que ce genre de disposition législative est aussi sur le point d'être adoptée en Ontario et dans d'autres provinces. C'est une tentative pour améliorer ce qu'on appelait auparavant un «testament euthanasique», document que les gens signaient simplement et qui contenait la formule suivante, «Je ne veux pas qu'on prenne de «mesures héroïques». L'ennui, c'était que les gens ne savaient pas ce que l'on entendait par «mesures héroïques», et dans quelles circonstances il ne fallait pas les utiliser. Les termes étaient bien trop généraux pour être de beaucoup d'utilité au moment où il fallait effectivement prendre une décision.

Il est maintenant possible d'exprimer ses vœux par écrit en fonction des circonstances, dans un document irrévocable. Il n'y a pas de sanctions pour cela au Québec, mais c'est un vœu qui constitue une obligation légale. Les membres de la famille ne peuvent pas dire, «Cela ne nous plaît pas, nous ne respecterons donc pas ce document», s'il est suffisamment clair pour le médecin que c'est ce que le malade voulait et si le document est signé. Il y a une complication supplémentaire au Québec car le mandat doit être ratifié par un tribunal, ce qui peut prendre quelques semaines. Donc, s'il s'agit d'une décision qui doit être prise immédiatement, il n'est pas d'une grande utilité.

Par contre, il est tout à fait valable dans le cas d'un malade chronique, car la décision peut alors être un peu retardée.

Le sénateur Gigantès: Donc, dans la pratique, c'est le juge qui est l'arbitre, n'est-ce pas?

[Text]

Mr. Keyserlingk: The judge is really only interested in whether the patient is competent or not. He or she wants to be assured of that. But the agent, the mandatary, is the one who makes the decision for the patient. That person is either instructed by the patient or the patient writes it down and that is the instruction that is followed.

Senator Gigantès: Is the patient competent at the time of writing his will or competent when he is a vegetable?

Mr. Keyserlingk: It is written while competent, which of course raises the question how we know the patient was competent. That is not something the legislation goes into. How do we know that anyone who writes a will is competent? People can challenge that at any point later, if that is what they want. Competence is assumed unless someone brings evidence to the contrary.

It is a way of having one's wishes applied when one is incompetent. It does not, however, deal with the problem you were raising earlier, senator, about someone recovering from what looked like a futile situation. As I understand it, that is usually because the tests were not done properly, or because enough time had not been given to study the patient, et cetera.

If the neurological tests, and others, are done, then we can pretty well be assured that patients will or will not recover, although there will still be surprises. There is no absolute certainty about this.

The Chairman: Honourable senators, I will go around the table to various senators and give each of you a chance to ask a question. I will try to go around as many times as possible.

Senator DeWare: I have two questions, Madam Chairman. I see that in July of 1983 the minister of the day, Mark MacGuigan, struck a commission dealing with law reform. Dr. Keyserlingk was part of that commission. My question is this: Do you now see, 10-11 years later, quite a change in attitude toward this particular subject?

Mr. Keyserlingk: Yes, I do. I think there has been quite a change in public attitude, as well as there having been quite a change in the professional attitude within medicine. There has been a big change, particularly in regard to assisted suicide. Attitudes were different when we were doing that study.

Senator DeWare: The recommendations as a result of this study did not consider anything like what is now being considered, did they?

Mr. Keyserlingk: That is right. I am not saying that the reasons why we took the position do not still have to be weighed, but the attitudes are certainly different. The particular fear we had in the instance of assisted suicide was the obvious one. In other words, since motives are so important in assisted suicide, as they are in euthanasia, is it possible to be assured that the motive was mercy as opposed to something else? That is still a

[Traduction]

M. Keyserlingk: Tout ce que le juge veut savoir, c'est si le malade est en possession de ses facultés, ou non. Il tient à en être certain. Mais l'agent, le mandataire, est celui qui prend la décision pour le malade, qui lui a donné ses instructions oralement ou par écrit et celles-ci doivent être suivies.

Le sénateur Gigantès: Le malade est-il en possession de ses facultés au moment où il écrit son testament ou lorsqu'il est dans un état végétatif?

M. Keyserlingk: Il l'a écrit lorsqu'il était en possession de ses facultés, ce qui soulève naturellement la question suivante: Comment savons-nous que le malade l'était? C'est un sujet que la loi n'aborde pas. Comment savons-nous que quelqu'un est habile à tester? Les gens peuvent le contester à n'importe quel moment par la suite, s'ils le désirent. On présume que le malade est lucide à moins que quelqu'un puisse prouver le contraire.

C'est une façon de faire respecter ses vœux lorsqu'on n'est plus en possession de ses facultés. Cela ne résout cependant pas le problème que vous avez évoqué tout à l'heure, sénateur, à propos de la personne qui se rétablit, alors que son état qui paraissait désespéré. Si je comprends bien, c'est habituellement parce que les tests n'ont pas été faits correctement, ou parce qu'on n'a pas consacré suffisamment de temps à étudier l'état du malade, et cetera.

Lorsqu'on a effectué les tests neurologiques et autres, on est à peu près sûr que le malade se remettra ou au contraire, qu'il ne se remettra pas, bien qu'il y ait encore parfois des surprises. Il n'y a pas de certitude absolue dans ce domaine.

La présidente: Honorables sénateurs, je vais faire un tour de table pour permettre à chacun d'entre vous de poser une question. J'essayerai de faire autant de tours de table que possible.

Le sénateur DeWare: J'ai deux questions à poser, Madame la présidente. Je vois qu'en juillet 1983 Mark MacGuigan, le ministre de l'époque, avait établi une commission d'étude de la réforme des lois. Le Dr Keyserlingk en faisait partie. Ma question est la suivante: Constatez-vous, dix ou onze ans plus tard, un changement marqué dans l'attitude des gens à l'égard de cette question?

M. Keyserlingk: Oui. Je crois que l'attitude du public a beaucoup changé, ainsi d'ailleurs que celle des professionnels de la médecine. Elle a particulièrement changé en ce qui concerne le suicide assisté. L'attitude était différente à l'époque où nous avons effectué cette étude.

Le sénateur DeWare: Les recommandations présentées dans cette étude ne contenaient rien de comparable à ce que l'on envisage maintenant, n'est-ce pas?

M. Keyserlingk: En effet, je ne prétends pas que les raisons pour lesquelles nous avons pris cette position n'ont plus besoin d'être pesées, mais l'attitude des gens est certainement différente. L'exemple le plus évident était les craintes que nous inspirait le suicide assisté. En d'autres termes, comme les motifs jouent un très grand rôle dans le suicide assisté, ainsi d'ailleurs que dans l'euthanasie, peut-on être certain que c'est l'esprit de miséricorde

[Texte]

problem, but there obviously are arguments made which some feel alleviate the problem.

Senator DeWare: The committee felt it might like to hear from the care givers first so that they can give us their overall feelings before we get into the legal aspects. Do you feel that is a good starting point?

Mr. Keyserlingk: It is wise. The interesting thing you will find is that the views are changing somewhat. Physicians often feel they are being asked to be the ones way out on a limb on this issue. Some will say, "Why should we be the only ones to provide assisted suicide, if that becomes the policy? Why is it not a societal right or responsibility?" Others will say, "It is abhorrent to us as physicians." You will have the gamut.

Senator DeWare: We are also considering nursing home attendants and so on.

The Chairman: Senator Keon, would you like to ask a question or make a comment at this point? I know you were unable to be here earlier.

Senator Keon: I am sorry I was not here for your presentation, Dr. Keyserlingk. I think I have read most of your writings over the years, since this a subject that has interested me for a very long time.

I would like you to address the following issue which troubles me very much in all of this. I think we have made progress in the moral and ethical debate on this subject. What worries me is the scientific base that really has not progressed very much in the last two or three decades. While we have invested enormous amounts of time, energy and money into research into curing disease, we have invested practically nothing into the psychopharmacology or the pathophysiology of dying. It worries me that we do not understand the underlying basic biochemistry and physiology of this phenomenon. Yet we are prepared to say that someone is mentally competent to decide their own fate. Would you comment on that, Dr. Keyserlingk?

Mr. Keyserlingk: If I understand you correctly, senator, you mean we do not understand enough about the physiology of dying itself or how to deal with it.

Senator Keon: Yes, the changes in the neurophysiology, the psychopharmacology and the pathophysiology that surround it. That has not been studied.

Senator Gigantès: Excuse me, Senator Keon. Do you mean someone approaching death may appear competent although he may not be as competent as he was before he was in that stage?

Senator Keon: Or he may have a totally different type of neurophysiology than he had at another point in his life.

[Translation]

qui joue, et non des sentiments moins avouables? Cela demeure un problème, mais on fait manifestement valoir aujourd'hui des arguments qui, pour certains, atténuent la gravité de ce problème.

Le sénateur DeWare: Le comité voudrait d'abord entendre les prestataires de soins afin que ceux-ci lui fassent connaître leurs opinions générales sur la question avant de passer à l'étude de ses aspects légaux. Pensez-vous que ce soit là un bon point de départ?

M. Keyserlingk: Il est sage. Ce que vous constaterez d'intéressant c'est que les opinions sont en train d'évoluer. Les médecins estiment souvent qu'on leur demande de prendre tous les risques dans ce genre de situation. Certains vous diront, «Pourquoi serions-nous les seuls à assister les suicides, si cela devient la politique? Pourquoi n'est-ce pas là un droit ou une responsabilité de la société?» D'autres diront, «Cela répugne aux médecins.» Vous aurez toute la gamme des réactions.

Le sénateur DeWare: Nous envisageons également de parler aux employés de foyers de soins infirmiers, entre autres.

La présidente: Sénateur Keon, voudriez-vous poser une question ou faire une remarque? Je sais qu'il ne vous a pas été possible d'être ici plus tôt.

Le sénateur Keon: Je regrette d'avoir manqué votre exposé, Dr. Keyserlingk. Je pense avoir lu la plupart de vos travaux au fil des années, car c'est un sujet qui m'intéresse depuis fort longtemps.

Je souhaiterais que vous nous parliez d'une question qui me préoccupe beaucoup dans tout ceci. Je crois que nous avons progressé sur le plan du débat moral et éthique. Ce qui m'inquiète, c'est que les bases scientifiques n'ont guère changé depuis vingt ou trente ans. Alors que nous avons consacré énormément de temps, d'énergie et d'argent à la recherche sur la guérison des maladies, nous n'avons pratiquement rien investi dans la psychopharmacologie ou la pathophysiologie de l'agonie. Cela m'inquiète que nous ne comprenions pas les principes biochimiques et physiologiques de base qui sous-tendent ce phénomène. Pourtant, nous sommes prêts à déclarer que quelqu'un est en possession de ses facultés et peut décider de son propre destin. Voudriez-vous nous faire part de vos vues à ce sujet, Dr. Keyserlingk?

M. Keyserlingk: Si je vous comprends bien, sénateur, vous voulez dire que nous ne comprenons pas suffisamment la physiologie de l'agonie elle-même ou la manière d'y faire face.

Le sénateur Keon: Oui, les changements qui interviennent alors sur le plan de la neurophysiologie, de la psychopharmacologie et de la pathophysiologie. Ce sont des questions qui n'ont pas été étudiées.

Le sénateur Gigantès: Excusez-moi, sénateur Keon. Voulez-vous dire par là que quelqu'un qui est au seuil de la mort peut paraître lucide bien qu'il ne le soit pas autant qu'il l'était avant d'en arriver à ce stade?

Le sénateur Keon: Ou il peut avoir un type totalement différent de neurophysiologie qu'à un autre moment de sa vie.

[Text]

Mr. Keyserlingk: While you were asking that question, senator, I was thinking about some statistics I was looking at recently which show that two-thirds of those who died by suicide in their late 60s, 70s and 80s were in relatively good physical health. It may relate to the question you are asking in the sense of what was going on in terms of their perception of their status and their prospects. Is that perhaps part of what you were getting at, Senator Keon?

Senator Keon: Yes.

Mr. Keyserlingk: That is a very good question. I agree with you. I do not think we do know very much about that. That sort of statistic is somewhat worrisome in that two-thirds of these people were in good physical health. Of course physical health is only one consideration. What about their mental health, their perception and competence? Assuming that a lot of these people asked to be assisted in their suicide, let us say, if I understand your question rightly, then how would we evaluate the competence of their request, their understanding of what was involved? Would they be evaluating their condition appropriately and so forth? I think that will remain a massively difficult question, in part because of the reason you indicate, senator. We do not understand enough about the physiological and other sorts of dynamics that are going on.

From the legal point of view, which is only one aspect of this issue of course, we tend to assume in the absence of evidence to the contrary that a person is competent. In that way we do not put the burden on the patient to prove competence but, rather, it is up to us to challenge it if we think we have reasons. That does not answer your problem, senator, because we may not know how to look for evidence. We may not know what is the evidence of incompetence in many cases. That is a major problem around a lot of patients, and not just the elderly. I think the criteria for what constitutes competence is a very much debated and unsettled question.

It is usually a judgment call by the physician who is dealing with the particular patient. However, the skills required to determine competence and the criteria for it are, interestingly enough, probably the least settled aspect of medical care. Yet it is a judgment that has to be made all the time, and is being made all the time. When do you call for a psychological consult? When are you in the presence of depression, but are not equipped to identify it?

With elderly patients — and this is a fairly established fact — in view of what is called ageism, there is a tendency to stereotype the elderly, saying, for instance, "Well, they are old, so they ought to be what a clinician might say depressed." But it may be an actual clinical problem of depression and not simply being old,

[Traduction]

M. Keyserlingk: Pendant que vous posiez cette question, sénateur, je pensais à des statistiques que j'examinais récemment et qui montrent que deux tiers des personnes qui se sont suicidées alors qu'elles approchaient de 70 ans, de 80 ans ou de 90 ans, étaient en relativement bonne santé physique. Ce détail peut avoir un rapport avec ce que vous demandez en ce sens que cela nous amène à nous interroger sur la manière dont ces personnes percevaient leur état et leur avenir. Y a-t-il un rapport avec ce dont vous voulez parler, sénateur Keon?

Le sénateur Keon: Oui.

M. Keyserlingk: C'est une excellente question. Je suis d'accord avec vous. Je ne pense pas que nous en sachions beaucoup dans ce domaine. Ce genre de statistiques est quelque peu inquiétant car deux tiers de ces personnes étaient en bonne santé physique. Naturellement, ce n'est qu'un des éléments qui entrent en ligne de compte. Et leur santé mentale, leur perception des choses et leur lucidité? À supposer, par exemple, que beaucoup d'entre elles aient demandé à ce qu'on les assiste dans leur suicide, si je comprends bien votre question, comment déterminer si elles sont en possession de leurs facultés, si elles comprennent la situation? Seraient-elles vraiment capables d'évaluer correctement leur état? Je crois que cette question demeurera terriblement difficile à résoudre, notamment pour la raison que vous venez de donner, sénateur. Nous ne comprenons pas suffisamment la dynamique physiologique et les autres facteurs qui interviennent.

Du point de vue légal, qui n'est, naturellement, qu'un des éléments de la question, nous avons tendance à considérer, en l'absence de preuve du contraire, qu'une personne est en possession de ses facultés. Ce n'est donc pas au malade de prouver sa lucidité, mais à nous de la mettre en question, si nous pensons avoir des raisons de le faire. Cela ne résout pas votre problème, sénateur, parce que nous ne savons peut-être pas comment chercher des preuves. Dans bien des cas, nous ne savons peut-être pas ce qui prouve que le sujet n'est plus en possession de ses moyens. C'est un gros problème dans le cas de beaucoup de malades, et pas seulement des personnes âgées. Les critères qui permettent de déterminer si une personne est en possession de ses moyens suscitent bien des débats et la question est encore loin d'être réglée.

C'est habituellement au médecin traitant de se prononcer. Cependant, les connaissances requises pour déterminer la lucidité du malade et ses critères sont probablement, chose assez intéressante, le domaine le plus flou des soins médicaux. Pourtant, c'est le genre de choix qui doit être constamment fait et qu'il l'est d'ailleurs. Quand faites-vous appel aux conseils d'un psychologue? Quand êtes-vous en présence d'un état dépressif, sans avoir la formation nécessaire pour le déceler?

Lorsqu'il s'agit de malades âgés — et c'est un fait assez solidement établi — à cause de ce que l'on appelle l'âgisme, on a tendance à les stéréotyper et à dire, par exemple, «Après tout, c'est gens-là sont âgés et ils doivent donc être ce qu'un clinicien appellerait déprimés». Mais il peut parfois s'agir d'un véritable

[Texte]

which could be dealt with if one knew how to recognize it better.

There are those who feel that many people who commit suicide — and some will claim it is somewhere in the area of 90 per cent which, in my view is pretty much of a guess, although perhaps an educated guess — are in fact clinically depressed. If they are correct, that is a serious figure to worry about. If we are thinking of a policy change, how do we evaluate requests from people for assisted suicide when we are increasingly aware that we are not good at identifying depression? And if we were good at it, we might be able to deal with it and then the request may not be forthcoming. I agree this is a very real problem.

The Chairman: Honourable senators, it is 8:30 p.m. and we have told our witness that we would not detain him beyond 9:00 p.m., although perhaps there could be a little leeway there. I would like to give all senators a chance to pose another question to Dr. Keyserlingk, so we will commence again with Senator Perrault.

Senator Perrault: Professor, I suggest that it is a more difficult decision to prolong life today than it was a few years ago with the so-called miracle drugs and procedures. I have in mind the fact that Tito, Franco and Mao were all kept chemically alive for political purposes and for state propaganda purposes. In actual fact, Tito was nothing more than a vegetable for several weeks, as was Franco.

Does it pose a particular challenge today? One hundred years ago people would die naturally. We now have the capacity to keep people alive. It must be an even more challenging ethical decision.

Mr. Keyserlingk: Absolutely. I was suggesting earlier that we have parallel problems going on at the same time. In this group and elsewhere we are looking at whether the policy should change on assisted suicide and euthanasia. At the same time we have enormous problems that will go on forever at the level of: Should we stop a person's life support? Has it become futile? Is this a confident request to have treatment stopped, quite apart from having assisted suicide.

Senator Perrault: It is a tough call.

Mr. Keyserlingk: It is a very tough call. As we were both suggesting earlier, technology has put us in this position. People used to die. Now we have great trouble letting people die. It is not because of ill will; it is simply because people are increasingly good at what they do. One can maintain a person for a very long time beyond the point where most people would think it reasonable.

However, then we get into this business of life support. Once that is started, some people feel it is not quite time to give up yet. When they finally decide on the staff that it is, the family may have a completely different view. Therefore, we get into a

[Translation]

problème clinique de dépression et pas simplement d'une question d'âge, problème qui pourrait se traiter si l'on savait mieux le reconnaître.

Certains pensent que beaucoup de suicidés — il y en a qui estiment que c'est le cas de 90 p. 100 d'entre eux, ce qui me paraît relever plutôt du domaine de la conjecture, même éclairée — souffrent en fait de dépression clinique. Si c'est bien le cas, voilà un chiffre inquiétant. Si nous envisageons un changement de politique, comment évaluer les demandes de personnes qui souhaitent qu'on les assiste dans leur suicide alors que nous nous rendons de mieux en mieux compte que nous ne savons pas très bien identifier les états dépressifs? Car si nous le savions, nous pourrions peut-être les soigner et il n'y aurait plus de demandes d'assistance. Je reconnais que c'est un problème très réel.

La présidente: Honorables sénateurs, il est 20 h 30 et nous avons dit à notre témoin que nous ne le retiendrions pas plus tard que 21 h, encore que nous pourrions peut-être un peu dépasser ce délai. Je voudrais donner à tous les sénateurs l'occasion de poser une autre question au Dr Keyserlingk, et nous allons donc revenir au sénateur Perrault.

Le sénateur Perrault: Professeur, à mon avis, la décision de prolonger la vie d'un malade est aujourd'hui plus difficile qu'il y a quelques années, à cause de toutes ces procédures et drogues miracles. Je songe à Tito, à Franco et à Mao, qui ont tous été maintenus en vie par des moyens chimiques pour servir des desseins politiques et la propagande d'État. En fait, pendant plusieurs semaines, Tito n'était plus qu'un légume, comme Franco d'ailleurs.

Cela constitue-t-il un défi particulier à relever aujourd'hui? Il y a cent ans, les gens mouraient de leur belle mort. Nous sommes maintenant capables de les maintenir en vie. La décision, sur le plan de l'éthique, doit donc être encore plus difficile maintenant.

M. Keyserlingk: Absolument. J'ai dit tout à l'heure que nous sommes en même temps confrontés à des problèmes parallèles. Au sein du groupe réuni ici et ailleurs, nous nous demandons si l'on devrait changer la politique concernant le suicide assisté et l'euthanasie. En même temps, nous faisons face à d'énormes problèmes qui existeront toujours et qui soulèvent les questions suivantes: Faut-il cesser de maintenir quelqu'un artificiellement en vie? Est-ce devenu inutile? En-dehors du suicide assisté proprement dit, peut-on vraiment faire une telle demande?

Le sénateur Perrault: Il est bien difficile de trancher.

M. Keyserlingk: En effet. Comme nous le disions plus tôt tous les deux, c'est la technologie qui nous a placés dans cette situation. Autrefois, les gens mouraient, tout simplement. Maintenant, nous avons beaucoup de difficulté à les laisser mourir. Ce n'est pas une question de mauvaise volonté; c'est simplement dû au fait que les gens font de mieux en mieux leur travail. Il est possible de maintenir une personne en vie très au-delà du point où la plupart des gens le jugeraient raisonnable.

On en arrive cependant là à la question du maintien artificiel en vie d'une personne. Une fois qu'on a commencé à utiliser cette méthode, certains estiment toujours que le moment n'est pas encore tout à fait venu de renoncer. Lorsque le personnel médical

[Text]

position where the problem did not even exist before. Then we have people saying, "Well, I don't want you to stop because my father's heart is still beating and if you stop you are going to kill my father."

Senator Perrault: People have different criteria and different standards. Even in the case of *Sue Rodriguez*, doctors were rather critical of the final hours. One doctor stated that she was quite comfortable and could have survived a great deal longer. My sister died of ALS, so I am not being critical of any decisions taken in that case. However, there is a great division out there.

Mr. Keyserlingk: There is a great division. Some of the division has come from the technology that is, in some respects and in some cases, somewhat deceptive. A family may go to an ICU and see all the equipment hooked up to their family member and that the oscillator is indicating life. When one says to them that there is not much we can do any more, they find that a little baffling when everything is being done. In fact, it looks very impressive. If someone along the way has given hope to that family that there is still something we might be able to do and then people come along and say that there is nothing more we can do, they get confused and feel guilty about having to make this type of decision.

This, I am sure, you are all very familiar with. However, it is all there and it will all stay there because this is the nature of differences of values. It is the nature of the technology and the skills we have now. These skills, by the way, are most impressive. Many people are actually saved because of this technology. It is not only perpetuating people for no point. It is actually very impressive and very successful in many cases.

In my view, there will never be a policy change that can solve all of those issues. It is a question of judgment, negotiation and different values at work and a lot of sensitivity and time are required. That will not change. That is a problem and it will remain a problem.

Senator Lavoie-Roux: If a person has terminal cancer eventually he or she will die. With a mental disability, and I am thinking of an Alzheimer's case, there is obviously some neurological problem although the person can walk. However, the person becomes more and more confused and mixed up. We hear that their life does not mean anything any more, or they perhaps do not recognize a son or daughter.

In terms of euthanasia, do you draw a difference between a physical illness that is in the terminal phase, and mental illness, in terms of Alzheimer's with some mental syndromes to it?

[Traduction]

décide finalement qu'il faut le faire, la famille a parfois une opinion totalement différente. On se trouve donc alors placé devant un problème qui n'existait même pas autrefois. Et les gens vous disent, «Je ne veux pas que vous arrêtiez, parce que le coeur de mon père continue à battre et si vous le faites, vous allez le tuer.»

Le sénateur Perrault: Les gens ont des normes et des critères différents. Même dans le cas de *Sue Rodriguez*, certains docteurs se sont montrés assez critiques à l'égard de la manière dont elle a vécu ses dernières heures. L'un d'entre eux a déclaré qu'elle ne souffrait pas et aurait pu vivre bien plus longtemps. Ma soeur est morte de la SAL et je ne me permettrai donc pas de critiquer les décisions prises dans ce cas. Cependant, les avis sont très partagés.

M. Keyserlingk: C'est vrai. Cela est, en partie, dû à l'influence de la technologie qui, à certains égards et dans certains cas, peut être trompeuse. Une famille peut se rendre dans une USI et découvrir tous les appareils auxquels est relié le membre de leur famille et constater que l'oscillateur montre qu'il est toujours vivant. Lorsque quelqu'un lui dit qu'il n'y a plus grand-chose à faire, elle trouve cela un peu étonnant puisqu'on fait au contraire tout pour le malade. En réalité, tous ces appareils sont fort impressionnants. Si, à un moment quelconque, quelqu'un a donné l'espoir à la famille que l'on pourrait encore faire quelque chose et que quelqu'un d'autre leur annonce ensuite qu'il n'y a plus rien à faire, elle ne comprend plus et elle éprouve un sentiment de culpabilité devant l'obligation de prendre ce genre de décision.

Je suis certain que vous connaissez tous très bien ce genre de situation. En fait, pourtant, tout est là et rien ne changera, parce qu'il y aura toujours des valeurs différentes. Cela tient aussi à notre technologie et à nos compétences actuelles. Ces compétences, à ce propos, sont particulièrement impressionnantes. Cette technologie permet de sauver bien des personnes. Elle ne sert pas uniquement à les maintenir inutilement en vie. Elle est très impressionnante et donne d'excellents résultats dans de nombreux cas.

À mon avis, aucun changement de politique ne permettra jamais de trouver réponse à tous ces problèmes. C'est une question de choix, de négociation et de valeurs différentes en jeu et tout cela demande beaucoup de temps et de sensibilité. Sur ce plan, rien ne changera. Le problème demeurera.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si une personne souffre d'un cancer incurable, elle mourra un jour ou l'autre. Lorsqu'il s'agit d'une maladie mentale, et je pense à celle d'Alzheimer, il y a manifestement un problème neurologique, même si la personne est capable de marcher. Cependant, les idées du malade s'embrouillent de plus en plus et il est de plus en plus perturbé. Nous entendons parler de cas où la vie de ces personnes n'a plus aucun sens ou bien où elles ne sont même plus capables de reconnaître un fils ou une fille.

Dans le cas de l'euthanasie, faites-vous une différence entre une maladie physique incurable qui en est à sa phase terminale, et une maladie mentale du genre de celle d'Alzheimer, qui présente certains syndromes mentaux?

[Texte]

You stated that the mentality had evolved and that people are more open to euthanasia, if one may say so. Why is it so? Are economic elements coming into that evolution of mentalities?

Mr. Keyserlingk: On the question about physical and mental, it raises the issue of how we address the two somewhat different problems of voluntary and involuntary. With patients who have a form of dementia, such as Alzheimer's, obviously there are points in the evolution of that disease where a patient is still competent. Although perhaps it is fluctuating a little, it may be more persistently competent than incompetent and it may switch over to the opposite.

Clearly one would not be able to say that patients who had some form of mental disease or disability can never make a competent request to either have treatment stopped, or to have assisted suicide, if that becomes allowable. I think in some cases that could be a competent request. But it will become increasingly difficult when patients move along the continuum between initial stages and later stages.

There we have the added question of worrying about competence and perception of their problem. Part of the competence issue is one's perception. In other words, does one understand what is involved in treatment stopping or in assisted suicide if it becomes available? This is a complicated issue in that context. In principle, at some stages in that kind of problem people can be competent and can understand. The issue with competence is increasingly a question of, "Do you understand this form of treatment that we are talking about;" not, "Do you understand everything about your finances, your life, and so on?"

Senator Lavoie-Roux: That is a complex question.

Mr. Keyserlingk: Yes.

Senator Lavoie-Roux: I feel that for the patient there is a tendency towards feeling that their life is meaningless.

Mr. Keyserlingk: If you are thinking of how we look at them, that is a different side of the coin, but it is important. We might be inclined to say that different forms of disability, mental and physical, disqualify people from living. This is the fear of those who would say that we might move from voluntary euthanasia or assisted suicide to involuntary if we start by voluntary. In other words, we may become habituated to voluntary euthanasia and it might make it easier to move over to the other. That is one of the pro/con arguments that occurs frequently. It is a hard one to weigh because we do not have a precedent to know how we will react. That is the "slippery slope" argument. The "slippery slope" argument is more of an estimate than any certain judgment about how we will react.

[Translation]

Vous avez dit que la mentalité a évolué et que les gens sont plus réceptifs à l'idée de l'euthanasie, si l'on peut s'exprimer ainsi. Pourquoi? Des éléments économiques entrent-ils dans cette évolution de la mentalité?

M. Keyserlingk: Lorsqu'on compare les maladies physiques et mentales, la question se pose de savoir comment traiter le malade qui peut exercer sa volonté et celui qui ne le peut plus, ce qui constitue deux problèmes assez différents. Dans le cas des personnes qui souffrent d'une forme de démence, telle que la maladie d'Alzheimer, il y a manifestement des moments dans l'évolution du mal où le malade est encore lucide. Bien qu'il y ait parfois de petites fluctuations, celui-ci peut être plus souvent lucide que non, après quoi la situation peut s'inverser.

Manifestement, il est impossible d'affirmer que des malades souffrant d'une forme de maladie ou d'incapacité mentale ne sont jamais capables de demander, en toute lucidité, qu'on arrête leur traitement, ou qu'on assiste leur suicide, si c'est un jour permis. Dans certains cas, j'estime que le malade pourrait être en possession de ses moyens lorsqu'il fait une telle demande. Mais il devient de plus en plus difficile d'en décider lorsque le malade passe progressivement du stade initial aux stades plus avancés de la maladie.

Une question supplémentaire se pose, celle de leur lucidité et de la manière dont ils perçoivent leur problème. Dire qu'une personne est, ou n'est pas en possession de ses moyens, est en partie une question d'opinion personnelle. En d'autres termes, comprend-on ce que signifie l'arrêt des traitements ou un suicide assisté, si celui-ci devient une option possible? Le problème est très complexe. En principe, à certains stades, les gens sont encore lucides et capables de comprendre. La question de la lucidité se présente de plus en plus sous la forme suivante, «Comprenez-vous la forme de traitement dont nous parlons;» et non «Comprenez-vous parfaitement votre situation financière, votre vie, et cetera?»

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est une question bien complexe.

M. Keyserlingk: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'ai l'impression que le malade a tendance à considérer que sa vie n'a plus aucun sens.

M. Keyserlingk: Si vous pensez à la manière dont nous les considérons, il s'agit d'un autre aspect de la question, mais il est important. Nous pourrions être tentés de dire que des formes différentes d'infirmité, mentale ou physique, condamnent en quelque sorte les gens. C'est ce que craignent ceux qui disent que nous risquons de passer d'une forme volontaire d'euthanasie ou de suicide assisté à une situation où l'on aurait également recours à ces méthodes, même contre la volonté du malade. Autrement dit, nous pourrions nous habituer tellement à l'euthanasie volontaire qu'il deviendrait peut-être plus facile de passer à l'autre. C'est un des arguments pour et contre que l'on entend fréquemment invoquer. Il est difficile de trancher car nous n'avons pas de précédent qui nous permette de savoir comment nous réagirons. C'est l'argument de la «pente savonneuse», qui repose plus sur une estimation que sur la certitude de nos réactions.

[Text]

Mental disability is a major problem. Interest groups who promote the interests of those with mental disabilities or handicaps are very insistent that we do not begin to think of them as having less rights than others. That is a very real problem in this context: How will we protect their interest and their rights? They are more vulnerable than others. There is the generalized fear in those groups that the availability of euthanasia or assisted suicide would eventually put such groups at some risk. That is a real problem to worry about.

Senator Lavoie-Roux: And my second question?

Mr. Keyserlingk: Your second question concerned why people are more open to this. I am not sure, but in some ways it is because there still is the perception that people will be maintained alive too long. The fear that everyone will die hooked up to tubes and not be allowed to die is increasingly unrealistic because there is much more awareness in the health professions that there are limits to what we can do and we should not go beyond a certain point. But we have not gotten over that totally. The perception is no longer quite accurate, but it is still there. We need to have assisted suicide, living wills and mandates, and so on. People feel that if they do not, they will be over treated. That is not totally realistic any more, but it is part of it.

Concerning the other part, who knows? I do not feel qualified to say why. There are people who say, "We no longer put any value on suffering." I am not sure what to make of that. People say that in the good old days people were better at accepting suffering. Not having lived in the good old days I do not know if that is true. Linked with that people will say that the general secularization of society has had something to do with it.

Senator Lavoie-Roux: What about the economic consideration?

Mr. Keyserlingk: I do not think that the economic factor counts for why people want that. It is one of the fears of some that if it starts to be available, it will become very attractive to health funders who will perhaps say, "Why do we bother with the ICUs, chronic care, et cetera? We cannot afford that. Why do we not stop treatment earlier and sometimes even by some form of involuntary euthanasia?" Again, that is speculation and hard to weigh because we do not know if that would happen. It tends to be a fear often felt by people, though you are not able to put substance to it. But it is a fear that has to be acknowledged, dealt with and responded to.

Senator Beaudoin: I would like to return to the definition of "voluntary". In some cases it is clearcut. *Sue Rodriguez'* case was a clearcut case. She said clearly that she wanted to die. But medically speaking I am a tourist, not a doctor. Is it an exact science? It does not look like it.

[Traduction]

L'infirmité mentale est un grave problème. Les groupes qui défendent les intérêts des malades ou des handicapés mentaux insistent beaucoup sur le fait qu'il ne faut pas commencer à considérer qu'ils ont moins de droits que d'autres personnes. C'est un problème très réel dans ce contexte: Comment ferons-nous pour protéger leurs intérêts et leurs droits? Ces malades sont plus vulnérables que les autres. Tous ces groupes craignent que la possibilité du recours à l'euthanasie ou au suicide assisté risque de les placer dans une situation dangereuse. C'est un réel problème dont il faut se préoccuper.

Le sénateur Lavoie-Roux: Et ma seconde question?

M. Keyserlingk: Vous voulez également savoir pourquoi les gens sont plus réceptifs à ces solutions. Je n'en suis pas certain, mais à certains égards, c'est parce que l'impression existe encore que les malades seront maintenus trop longtemps en vie. La crainte que tout le monde finira relié par des tubes à des machines et qu'on ne les laissera pas mourir, est de moins en moins justifiée, car les professionnels des soins de santé sont de plus en plus conscients du fait qu'il y a des limites à ce que l'on peut faire et qu'il ne faut pas dépasser un certain point. Mais nous n'avons pas encore totalement réussi à surmonter cette attitude. L'impression n'est plus tout à fait exacte, mais elle persiste. Nous exigeons encore un suicide assisté, des testaments euthanasiques et des mandats, et cetera. Les gens ont l'impression que, sans cela, on prolongera excessivement les traitements. Ce n'est plus tout à fait vrai, mais cela joue encore un rôle.

Quant au reste, qui sait? Je ne me sens pas compétent pour expliquer pourquoi. Il y a des gens qui disent, «Nous n'accordons plus aucune valeur à la souffrance.» Je ne sais pas exactement ce que cela signifie. On vous dira qu'au bon vieux temps, les gens acceptaient mieux la souffrance. N'ayant pas vécu à cette belle époque, je ne sais pas si c'est vrai. On ajoutera parfois à cela que la sécularisation générale de la société a sa part de responsabilité.

Le sénateur Lavoie-Roux: Et les facteurs économiques?

M. Keyserlingk: Je ne pense pas qu'ils expliquent pourquoi les gens veulent cela. Certaines personnes craignent notamment que si ces méthodes commencent à être autorisées il deviendra très tentant pour ceux qui financent les services de santé de dire, «Pourquoi se compliquer la vie avec les USI, les soins aux malades chroniques, et cetera? Nous n'en avons pas les moyens. Pourquoi ne pas arrêter plus tôt le traitement, parfois même, en recourant à une forme quelconque d'euthanasie involontaire?» Bien sûr, c'est là pure spéculation et il est difficile d'en peser les risques car nous ne savons pas si cela se produirait. Cela tend fréquemment à être une crainte diffuse chez les gens, même s'il est impossible de lui donner la moindre substance. Mais c'est une crainte qu'il faut reconnaître, qu'il faut combattre et à laquelle il faut répondre.

Le sénateur Beaudoin: Je voudrais revenir à la définition de «volontaire». Dans certains cas, elle est très nette. C'était le cas de *Sue Rodriguez*. Elle a clairement dit qu'elle voulait mourir. Mais dans le domaine médical je ne suis qu'un simple touriste, pas un médecin. S'agit-il d'une science exacte? On n'en a pas l'impression.

[Texte]

Mr. Keyserlingk: No.

Senator Beaudoin: In other words, you say that the doctor is making a judgment to the best of his knowledge and ability. We may come to a conclusion that is reasonable in a case like that. But if the person is not able to express his or her will or intention because of mental or physical handicap, then we leave the decision to another person. That is quite another problem. I am not too sure that our committee is dealing with that possibility too, because the debate is much larger than the question of assisted suicide, which is a very clearcut case.

A good part of the problem concerns the definition of the word "voluntary". What is the science today? Is it good enough to habilitate the doctors and the other actors to make a judgment that is fair and sound; or is it inexact to a certain extent, but we have to live with it?

Mr. Keyserlingk: It is inexact. However, in my experience working with the hospital that I do, I have not seen any instances of people on staff saying, "We are not sure enough about the competence of this person who is asking for treatment to stop." More typically it is, "Yes, that person is competent, but we do not feel comfortable acquiescing in what they are asking." That tends to happen more often than them questioning their competence. Sometimes there will be some reason to question it, but more in terms of the consistency of the wish. In other words, is it just one request or is it something that they will keep requesting? One thing you want to be sure of is that it is not just, "I want to die today, but tomorrow I feel pretty good and the next day not so good." In that case it might not be a question of competence.

Obviously it may not be a question of competence, just a changing wish. You want to be sure.

The competence problem more typically comes in with the question of depression and that sort of thing. Does this patient have a good grasp of their situation? Are they exaggerating the problem when there may be more hope for some degree of significant recovery than they realize? Are they able to be persuaded to that? Are they in a state of depression which could itself be addressed before deciding whether to acquiesce on their wish or not?

This is what we were talking about earlier. The skills in picking up signs of clinical depression are not terrific. Even among psychiatrists there will be differences about whether a patient is depressed or not. As I was saying earlier, it is probably the least standardized expertise in all of medical care in some situations. In many other situations, it does not even arise. There is no evidence that the patient is not competent.

[Translation]

M. Keyserlingk: Non.

Le sénateur Beaudoin: En d'autres termes, vous dites que le docteur porte un jugement au mieux de ses connaissances et de ses capacités. Nous pouvons conclure que c'est raisonnable dans un tel cas. Mais si la personne n'est pas capable d'exprimer sa volonté ou son intention à cause d'un handicap mental ou physique, nous laissons la décision à une autre personne, ce qui pose un tout autre problème. Je ne suis pas tout à fait certain que notre comité ait également examiné cette possibilité, car le débat va très au-delà de la question du suicide assisté, qui constitue un cas très net.

Le problème tient en grande partie à la définition du mot «volontaire». Où en est la science, aujourd'hui? Est-elle suffisamment avancée pour permettre aux médecins et aux autres intervenants de porter un jugement juste et équitable; ou comporte-t-elle un certain élément d'imprécision, ce qui nous oblige cependant à l'accepter telle quelle?

M. Keyserlingk: Elle est inexacte. Cependant, si j'en juge d'après mon expérience hospitalière, je n'ai rencontré aucun exemple de membres du personnel qui disaient, «Nous ne sommes pas suffisamment certains que cette personne qui demande qu'on interrompe le traitement est en pleine possession de ses moyens.» Il est bien plus fréquent qu'ils disent, «Oui, cette personne est lucide, mais nous ne nous sentons pas suffisamment à l'aise pour acquiescer à ce qu'elle demande.» Le premier cas est plus fréquent. Il y a parfois une raison de mettre en doute la lucidité du malade, mais il s'agit plutôt alors de la fermeté du souhait exprimé. Autrement dit, s'agit-il d'une requête unique ou d'une demande constamment répétée? Ce dont il faut être absolument certain, c'est qu'il ne s'agit pas simplement de quelqu'un qui dit, «Je veux mourir aujourd'hui, mais demain je me sentirai assez en forme et le jour suivant, pas tellement.» Dans ce cas, ce n'est pas nécessairement la lucidité du malade qui est en cause.

Il est alors évident qu'il ne s'agit que d'une personne qui change d'avis. Il faut donc être absolument sûr de ce qu'elle veut.

Il est plus fréquent que le problème de la lucidité du malade se pose en même temps que la question d'un état dépressif. Le malade a-t-il une idée claire de son état? Exagère-t-il le problème, alors que les possibilités d'un certain rétablissement sont plus fortes qu'il ne l'imagine? Est-il possible de l'en persuader? Se trouve-t-il dans un état dépressif que l'on pourrait commencer par soigner avant de décider, ou non, d'acquiescer à son désir?

C'est de cela que nous parlions plus tôt. Nous ne sommes pas encore terriblement bien armés pour déceler les signes de dépression clinique. Même les psychiatres ne sont pas toujours capables de se mettre d'accord pour dire si un malade est déprimé ou non. Comme je l'indiquais tout à l'heure, il s'agit probablement là, dans certains cas, du domaine des soins médicaux où les compétences sont les moins bien définies. Dans beaucoup d'autres situations, la question ne se pose même pas. Rien ne prouve que le malade n'est pas en possession de ses moyens.

[Text]

In some situations, it is a problem, particularly in this area of elderly patients who are too often, perhaps, thought to be the way they are just because they are old, as opposed to something that actually can be addressed, like depression.

Senator Gigantès: There are psychiatrist-induced depressions also.

Mr. Keyserlingk: Yes.

Senator Gigantès: Back in 1971, I was operated upon for cancer of the stomach. I was told I had six months to live. A kind doctor put a large bottle of pills at my bedside and told me how to use them. That doctor and some others were wrong by some 23 years and counting.

Talking about living wills, it now seems to me to be one of the easier issues we have to tackle. Possibly, in a few days, I will realize how complex it is.

Is there agreement on some detail that a person, still in the fullness of life and not feeling depressed and being quite happy and so on, wants to put down as the conditions under which "heroic means" should not be used? Is there a way in which this person says, "Under these conditions...", and then there is a precise list of those conditions? Is there assistance from jurists and assistance from physicians in listing those conditions?

Mr. Keyserlingk: There should be assistance, in my view, from physicians. From jurists, I would say, better not to involve them and not because they could not be helpful as people. In Quebec, what is happening is that notaries see this as a major source of new income. They advertise quite openly that we will prepare your mandate.

The problem with notaries is that they do not necessarily know anything about health problems. The people who do know are really their own physicians.

I always suggest to patients that they should be very much in touch with their own physician about what their health status is, what kinds of problems are likely to arise, and then try to address those in their living will in a way that can be understandable to a physician who will get that later.

The problem with mandates or living wills in general involves some of the things which people ask for or ask not to have. Often they are treatments which should not be provided even if the patient has not asked that the treatment not be provided. Insofar as someone has a fear that they will be over-treated when it becomes therapeutically useless, it seems to me that ought to be simply addressed by medical practice without anybody requesting it.

The problem with this whole movement is, if we all start writing our wills and saying that we do not want certain things at the time when it becomes heroic, it could be that the burden will

[Traduction]

Dans certains cas, c'est un problème, en particulier, lorsqu'il s'agit de malades âgés dont on pense parfois trop souvent que s'ils sont ainsi c'est parce qu'ils sont vieux et non parce qu'ils souffrent d'une affection qui peut réellement être soignée, un état dépressif, par exemple.

Le sénateur Gigantès: Il y a aussi des dépressions provoquées par les psychiatres.

M. Keyserlingk: Oui.

Le sénateur Gigantès: En 1971, on m'a opéré d'un cancer de l'estomac. On m'a dit que j'avais six mois à vivre. Un médecin compatissant a placé une grosse bouteille de pilules sur ma table de nuit et m'a dit comment les utiliser. Ce médecin et quelques autres s'étaient trompés de 23 ans, et ce n'est pas encore fini.

Quant au testament euthanasique, il me semble être une des questions les plus faciles que nous ayons à régler. Il se peut cependant que, dans quelques jours, je m'aperçoive que le problème est en fait très complexe.

Y a-t-il une méthode acceptée pour une personne, encore pleine de vie, pas déprimée du tout et généralement satisfaite de son sort, d'indiquer les conditions dans lesquelles on ne devrait pas avoir recours à des «moyens héroïques»? Y a-t-il une façon pour cette personne de dire, «Dans ces conditions...», avec une liste détaillée de ces conditions? Peut-elle compter sur l'aide des juristes et des médecins pour dresser cette liste?

M. Keyserlingk: À mon avis, l'aide devrait venir des médecins. Il serait préférable de ne pas faire appel à des juristes, non pas d'ailleurs parce qu'ils ne pourraient pas être utiles sur le plan personnel. Au Québec, les notaires considèrent ce genre de situations comme une nouvelle source importante de revenus. Ils font très ouvertement de la publicité dans laquelle ils se déclarent prêts à préparer votre mandat.

Le problème est que ces notaires ne sont pas nécessairement informés des problèmes de santé de leurs clients. Ceux qui les connaissent sont les médecins traitants.

Je recommande toujours aux malades de rester en contact étroit avec leur médecin afin de bien connaître leur état de santé, le genre de problèmes susceptibles de se produire, et d'essayer ensuite de les présenter dans leur testament euthanasique d'une manière compréhensible pour le médecin qui devra plus tard s'en occuper.

C'est ce que les gens demandent ou ne veulent pas, qui fait que les mandats ou les testaments euthanasiques en général posent parfois des problèmes. Il y a souvent des traitements qui, de toute façon, ne devraient pas être administrés, même si le malade n'a pas demandé qu'on l'en dispense. Dans le cas d'une personne qui craint qu'on continue à la soigner même lorsque le traitement est devenu thérapeutiquement inutile, il me semble que la façon la plus simple de régler le problème est, non pas de demander qu'on suspende le traitement mais de s'en remettre à la pratique médicale.

L'ennui avec tout cela est que si nous commençons tous à écrire des testaments dans lesquels nous déclarons que nous ne voulons pas qu'on ait recours à des moyens héroïques pour nous garder en

[Texte]

shift. Then, if people do not have a living will, medicine will begin to think, "I guess they want everything."

That may be a theoretical fear but, in fact, the practice is changing to the point that that kind of problem — "Do not keep me hooked up when it is not helping" — should be addressed without the request.

Senator Gigantès: By "useless", do you mean that the treatment will not help someone to recover some functions that are missing at the point that the decision has to be made? Which functions and to what degree?

Mr. Keyserlingk: People are usually talking about the point when they can no longer communicate or relate and are in a state of irreversible coma or something of that kind.

In good medical practice, increasingly it is realized that this is something which should happen even if it is not requested. There comes a point where medicine has done all it can and we should not require a request from a patient to practise good medicine.

Senator Gigantès: When it comes to writing legislation, if we said something along the lines that, if it cannot produce an improvement, then it should not be tried and the doctor that does not try it is in no way liable, would that help?

Mr. Keyserlingk: Yes, that is the case. I think it would help because that would not be new law. That would be simply clarifying existing law. It is increasingly becoming the practice. It is no longer as feared as it might have been. However, that kind of assurance in law is always a good idea for those who may hesitate. Yes, I think so.

Senator DeWare: I do not know whether you can answer this question. Is there a broad difference of opinion by our clergy? Do they play a major role?

Mr. Keyserlingk: Yes, I think there would be some differences among clergy. However, in the mainline churches — Catholic and various Protestant churches, not so much the fundamentalist protestant churches — one finds a strong commitment to the view that medicine has its limits and that people ought not to be over-treated. In fact, it really was a major theme of Catholic moral theology quite early. It used the terminology of ordinary/extraordinary care which was taken over by medicine as well.

The problem people in this area are not typically clergy. However, in some churches, they have a very different view. Some churches would say treatment must go on as long as there is any biological life going on. You do not find such people very often in hospitals working as chaplains. If they come in with that view, they often change and realize there are limits to what can be done to the advantage of the patient.

[Translation]

vie, cela risque de reporter le fardeau de la décision sur les autres. Lorsque les gens n'auront pas de testament euthanasique, les médecins commenceront à penser, «Je suppose qu'ils veulent qu'on sorte le grand jeu pour eux.»

Cette crainte est peut-être théorique mais, dans la pratique, on en est maintenant venu au point où ce genre de problème — «Ne me gardez pas branché sur toutes ces machines quand cela ne servira plus à rien» — devrait être réglé sans que le malade soit obligé de le demander.

Le sénateur Gigantès: Par «inutile», voulez-vous dire que le traitement n'aidera pas une personne à recouvrer certaines fonctions qu'elle a perdues, au moment où il faut prendre la décision? De quelles fonctions s'agit-il et dans quelle mesure?

M. Keyserlingk: Pour les malades, cela signifie en général le moment où il ne leur est plus possible de communiquer ou de comprendre, lorsqu'ils sont, par exemple, plongés dans un coma irréversible.

De plus en plus, les bons praticiens de la médecine considèrent que c'est ce qui devrait se produire, même si on ne l'a pas demandé. Il arrive un moment où la médecine a fait tout ce qu'elle pouvait et où nous ne devrions pas avoir besoin que le malade le demande pour faire ce qui s'impose.

Le sénateur Gigantès: Pensez-vous que ce serait utile de rédiger un texte de loi précisant que si un traitement ne peut apporter aucune amélioration, on ne devrait pas l'essayer et le docteur qui n'y a pas recours ne devrait en aucune façon être tenu responsable?

M. Keyserlingk: Oui. Je crois que cela aiderait, car il ne s'agirait pas en fait d'une loi nouvelle mais simplement d'un éclaircissement apporté à une loi existante. C'est une pratique de plus en plus courante, et on n'a plus aussi peur d'y recourir qu'auparavant. Cependant, il est toujours bon d'avoir ce genre d'assurance pour les personnes qui hésitent. Oui, je crois vraiment que ce serait utile.

Le sénateur DeWare: Je ne sais pas si vous pourrez répondre à ma question. Les avis sont-ils très partagés chez les membres de notre clergé? Jouent-ils un rôle important?

M. Keyserlingk: Oui, je crois qu'ils ne sont pas tous du même avis. Cependant, dans l'église catholique et dans les diverses églises protestantes, et à un moindre degré chez les fondamentalistes, beaucoup sont convaincus que la médecine a ses limites et qu'on ne devrait pas soumettre les gens à des traitements excessifs. En fait, cela a très tôt été un des thèmes majeurs de la théologie catholique. Celle-ci utilisait déjà les termes de soins ordinaires ou extraordinaires qui furent ensuite adoptés par la médecine.

Habituellement, ce ne sont pas les membres du clergé qui posent des problèmes dans ce secteur. Cependant, dans certaines religions on pratique un point de vue totalement différent, on considère en effet que l'on doit poursuivre le traitement tant que le malade est biologiquement vivant. Il est rare que ces gens-là travaillent comme aumôniers dans les hôpitaux. S'ils y arrivent avec ce genre d'idées, ils changent souvent d'avis lorsqu'ils se

[Text]

To answer your question, of course, there are differences. Absolutely. The Orthodox Jewish view would be, in theory, that life support must go on as long as there is biological life. However, in practice, even people of that persuasion qualify it in some circumstances.

Senator Keon: What do you think are the most important questions which have to be addressed? I will lead you for brevity.

It seems to me that we must first address the situation of consent and mental competence and so forth, and then the question of who decides. I have been involved in clinical situations that are very disturbing when next of kin are deciding the fate of an individual.

Would you quickly comment on that, because it is unfair to ask you to comment for a long time?

Mr. Keyserlingk: I agree with both of those. I think the consent issue is a major problem. It is a problem already, as you well know, about whether we should stop in terms of who consents as well as how do we interpret the competence of this person, patient or family member?

Who decides if the patient is a problem. However, it is getting worked out a little better in theory in law, at least, in that we are increasingly developing sort of a hierarchy of who decides, starting with the spouse, family member, and so forth. However, in the real life situations, of course, when there are differences among them, one clearly does not necessarily want to say, "Well, you're the son, and you're the wife, so ignore the son and go with the wife," or more typically the other way around in that the son may not have the same view as the wife because he has not been around.

Again, it is one of those problems, even when the hierarchies are clearly developed in law, that will never be solved. This is going to be again a negotiation problem, a difficult and very sensitive problem where there will be differences. How do we negotiate them, how much time have we got to do that, and so forth.

Another problem that I think is worth addressing is the problem of whether there is in practice a significant difference in this area. Is there a containable difference between assisted suicide and euthanasia? I increasingly wonder if in practice it is going to be possible to legalize assisted suicide without in effect being able to make exactly the same arguments in favour of voluntary euthanasia. If we think we can develop a policy legalizing assisted suicide which will not inevitably lead, logically speaking, to having to make it applicable equally to voluntary euthanasia, I think we may be wrong.

[Traduction]

rendent compte qu'il y a des limites à ce que l'on peut faire pour le malade.

Pour répondre à votre question, les avis sont naturellement très différents. Pour les Juifs orthodoxes, en théorie, on doit continuer à utiliser des moyens artificiels tant que le malade est biologiquement en vie. Dans la pratique, cependant, même les Juifs orthodoxes composent avec cette conviction en certaines circonstances.

Le sénateur Keon: À votre avis, quels sont les points les plus importants à étudier? Pour gagner du temps, je vous dirai comment je vois les choses.

À mon avis, nous devrions tout d'abord examiner la question du consentement et de la lucidité du malade, puis celle de la personne qui prend la décision. J'ai eu affaire à des cas cliniques qui sont bouleversants lorsque ce sont les proches parents qui décident du sort d'une personne.

Pourriez-vous faire quelques brefs commentaires à ce sujet, car il serait injuste de vous demander d'en parler très longuement?

M. Keyserlingk: Je suis d'accord avec votre ordre de priorité. La question du consentement est un problème majeur. Comme vous le savez fort bien vous-même, lorsqu'il s'agit de décider si l'on doit arrêter le traitement, il y a un double problème, celui de la personne — malade ou membre de sa famille — qui donne son consentement et celui de l'interprétation de l'état de lucidité de ce malade.

Qui décide si le malade est un problème. Cependant, en théorie, la situation s'améliore un peu, du moins sur le plan juridique, en ce sens que, de plus en plus, nous établissons une sorte de hiérarchie des responsables de la décision, en commençant par le conjoint, les membres de la famille, et cetera. Dans la réalité, lorsque les membres de la famille ne sont pas d'accord entre eux, on ne tient bien sûr pas nécessairement à dire, «Eh bien, vous êtes le fils et vous êtes la femme; n'écoutez pas le fils et acceptons la décision de l'épouse,» ou plutôt le contraire, parce que le fils ne vivait pas avec le malade et qu'il ne partage pas les vues de l'épouse.

En dépit des hiérarchies clairement établies en droit, c'est là le genre de problème qui ne sera jamais résolu. Il restera toujours un problème de négociation, un problème difficile et très délicat d'affrontement entre personnes dont les avis diffèrent. Et la question se posera toujours de savoir comment négocier cela, de déterminer le temps dont on dispose pour le faire.

L'autre problème, qui me paraît mériter qu'on l'étudie, est celui de savoir si, dans la pratique, il existe une différence sensible dans ce domaine. Existe-t-il une différence contrôlable entre le suicide assisté et l'euthanasie? De plus en plus, je me demande si, dans la pratique, il sera possible de légaliser le suicide assisté sans qu'on puisse faire valoir exactement les mêmes arguments en faveur de l'euthanasie volontaire. Je crois que nous nous trompons peut-être si nous pensons pouvoir élaborer une politique qui légalise le suicide assisté sans qu'inévitablement, elle s'applique également à l'euthanasie volontaire.

[Texte]

I think the same kinds of arguments about self determination, about the right to choose the manner and time of one's death, are essentially applicable equally to the two acts involved here. Some have the view that we only want to legalize assisted suicide but we certainly do not want to legalize even voluntary euthanasia, that they would like to keep one but not the other. I think both in theory and in practice that is not going to be sustainable because of the fact that they both rest essentially on the basis of self determination, the right to choose one's time of death and manner of death.

When we get to the actual practice, is there a real distinction between putting a glass beside a patient, pouring it down the patient's throat and giving an overdose? It is going to be difficult to make distinctions.

I think the causality, in terms of what we are doing, will increasingly have to be looked at very much as a similar kind of thing. That is an issue in itself. Are these two distinguishable both in theory and in practice? I throw that out as another matter that is important.

The Chairman: Honourable senators, I am going to allow Senator Beaudoin. He is smiling at me, and —

Senator Beaudoin: It is a question of clarification, not a new question.

The Chairman: Supplementary question.

Senator Beaudoin: It is a question of clarification.

You have said something that is very interesting. You said you cannot solve the problem without looking at the consequences in another area, for example, assisted suicide and voluntary euthanasia.

I see a difference between the two. In the case of an assisted suicide, the person that is deciding is the person who will die. It is the same person. In the case of a voluntary euthanasia, if I follow your reasoning, it is another person that will make the decision.

Mr. Keyserlingk: No. In the case of voluntary euthanasia, the person is asking to be killed. In the case of assisted suicide, the person is asking to be helped in their suicide. What I see as the problem here is that in both cases it is the patient's wish that is very similar, except they are asking for slightly different things.

When we get to the point that a patient, as in *Sue Rodriguez*, cannot actually be assisted in suicide, assuming that she was beyond the point that she may have been in fact, then I think the question will arise: Is there anything of moral and legal significance that is different between assisting the suicide of a patient who is still able to take the glass and drink it and the patient who is beyond that because of no longer having the physical ability but who wants to be killed and is doing it with an overdose? Is there anything of moral and legal significance that establishes the real difference there?

[Translation]

À mon avis, les mêmes arguments en faveur de l'auto-détermination, du droit de choisir la manière et le moment de sa mort, sont tous aussi valables pour les deux actes dont nous parlons ici. Certains pensent que nous voulons seulement légaliser le suicide assisté, mais que nous ne voulons certainement pas légaliser l'euthanasie, même volontaire, parce qu'ils veulent bien de l'un mais pas de l'autre. Je crois qu'en théorie comme en pratique, la chose est défendable car le fondement de ces deux actes est l'auto-détermination, le droit de choisir le moment de sa mort, et la méthode.

Lorsqu'on en vient à la pratique, y a-t-il une réelle différence entre le fait de placer un verre sur la table de nuit d'un malade, celui de lui verser le contenu dans la bouche, et de lui administrer une dose mortelle? Il sera bien difficile de faire la différence.

Je crois que, de plus en plus, il faudra également considérer la causalité de nos actes. C'est en soi, un problème. Peut-on vraiment distinguer les deux actes en théorie et en pratique? J'évoque ce point car il me paraît également important.

La présidente: Honorables sénateurs, je vais permettre au sénateur Beaudoin de poser une question. Il est en train de me sourire, et —

Le sénateur Beaudoin: C'est un éclaircissement que je veux, pas poser une nouvelle question.

La présidente: Une question supplémentaire.

Le sénateur Beaudoin: C'est une question d'éclaircissement.

Vous avez dit quelque chose de très intéressant. Vous avez dit que vous ne pouvez pas résoudre le problème sans en examiner les conséquences dans un autre domaine, par exemple, dans le cas du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire.

Je vois une différence entre les deux. Dans le cas du suicide assisté, c'est la personne qui va mourir qui décide, et personne d'autre. Dans le cas d'une euthanasie volontaire, si je suis bien votre raisonnement, c'est une autre personne qui prendra la décision.

M. Keyserlingk: Non. Dans le cas de l'euthanasie volontaire, c'est l'intéressé qui demande qu'on mette fin à sa vie. Dans le cas du suicide assisté, il demande qu'on l'aide à se suicider. À mon avis, le problème tient au fait que, dans les deux cas, les vœux du malade sont pratiquement les mêmes, à cette différence près qu'il demande des choses légèrement différentes.

Lorsque nous arrivons au point où une malade comme *Sue Rodriguez* n'est plus en état de se suicider avec assistance, à supposer qu'elle ait dépassé le stade où elle en était en réalité, je crois que la question suivante se pose: Y a-t-il une différence significative sur le plan moral et juridique entre le suicide assisté d'un malade qui est encore capable de prendre le verre et d'en boire le contenu et le cas du malade qui n'est plus capable de le faire physiquement mais qui veut qu'on mette un terme à sa vie en lui faisant absorber une dose mortelle de drogue? Y a-t-il vraiment une différence sur le plan moral et juridique?

[Text]

I tend to think that it is going to be a hard case to make because in both cases it is the patient's wish. In both cases, the argument can be made on the basis of self determination and people's right to choose their manner and time of dying. The manner is slightly different, but in both cases it is the patient's wish, and in both cases we can get very close.

The example that I think is most useful here is the difference between putting the glass on the table and pouring it down the patient's throat because the patient is not able to lift it any more. Are we prepared to say there is a distinction of any significance between those two things? All I am suggesting is that those who think we could legalize assisted suicide without at the same time properly leading to the acceptance of voluntary euthanasia, may not be able to make that distinction, may not be able to make that case. I throw it out as a problem that I think has both theoretical and practical interest.

The Chairman: On behalf of our committee, Dr. Keyserlingk, I want to thank you very much for appearing before us tonight. I think you have given us an excellent launch into this study, and your comments have been very thoughtful and provocative. By the time we leave here we will perhaps think that you have raised more questions than we have answers for, and we may have to call upon you or some other experts in this field to help us once more. I think you have given us a great deal of very useful information and background. I thank you.

Mr. Keyserlingk: Thank you very much for the invitation. I have enjoyed it.

The Chairman: We have one small bit of business on behalf of our witness. I wonder if I could have a motion that reasonable travel and living expenses for Edward W. Keyserlingk for the purpose of him appearing here tonight be paid upon request.

Senator DeWare: I so move.

The Chairman: Thank you. I remind you that we have another meeting at 9:30 Thursday morning in Room 356.

The committee adjourned.

[Traduction]

J'ai tendance à penser que ce sera difficile à faire valoir car dans les deux cas, c'est le vœu du malade. Dans les deux cas, on peut invoquer le droit à l'auto-détermination et celui des gens à choisir le moment et la manière dont ils mettront fin à leur vie. La méthode est légèrement différente, mais dans les deux cas c'est le vœu du malade, et dans les deux cas nous pouvons être très étroitement associés à l'acte.

L'exemple qui me paraît le plus utile est celui de la différence entre le fait de poser le verre sur la table et celui d'en verser le contenu dans la bouche du malade parce que celui-ci ne peut plus lever la tête. Sommes-nous prêts à dire qu'il y a une différence significative entre les deux? Tout ce que je prétends, c'est que ceux qui pensent que nous pourrions légaliser le suicide assisté sans faire en même temps le nécessaire pour faire accepter l'euthanasie volontaire, ne seront peut-être pas capables de faire valoir cette distinction ni de justifier leurs arguments. Je livre ce problème à votre réflexion, il me paraît présenter un intérêt à la fois théorique et pratique.

La présidente: Au nom de notre comité, Dr Keyserlingk, je tiens à vous remercier vivement d'avoir bien voulu comparaître devant nous aujourd'hui. Je pense que vous nous avez permis de prendre un excellent point de départ pour cette étude, et vos commentaires nous ont beaucoup donné matière à réflexion. Lorsque nous en aurons terminé ici, nous penserons peut-être que vous avez soulevé plus de questions que nous n'avons de réponses à leur donner, et nous ferons peut-être encore appel à votre aide ou à celle d'autres experts dans ce domaine. Vous nous avez apporté des idées et des informations très utiles. Je vous remercie.

M. Keyserlingk: Merci beaucoup de m'avoir invité. J'ai trouvé cela très intéressant.

La présidente: Nous avons une petite question à régler en ce qui concerne notre témoin. Pourrions-nous avoir une motion en faveur du paiement, sur demande de M. Edward W. Keyserlingk, d'une somme raisonnable destinée à couvrir les frais de voyage et de séjour qu'il a engagés pour pouvoir comparaître ici ce soir.

Le sénateur DeWare: J'en fais la proposition.

La présidente: Merci. Je vous rappelle que nous nous réunirons à nouveau à 9 h 30, jeudi matin, dans la salle 356.

La séance du comité est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

From McGill University:

Dr. Edward W. Keyserlingk

De l'université McGill:

Dr. Edward W. Keyserlingk



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Thursday, March 17, 1994
Tuesday, April 19, 1994
Wednesday, April 20, 1994

Le jeudi 17 mars 1994
Le mardi 19 avril 1994
Le mercredi 20 avril 1994

Issue No. 2

Fascicule n° 2

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin

Corbin

DeWare

* Fairbairn (or Molgat)

Keon

Lavoie-Roux

* Lynch-Staunton
(or Berntson)

Neiman

Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Pursuant to Rule 86(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Corbin substituted for that of the Honourable Senator Gigantès (April 19, 1994)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin

Corbin

DeWare

* Fairbairn (ou Molgat)

Keon

Lavoie-Roux

* Lynch-Staunton
(ou Berntson)

Neiman

Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Conformément à l'article 86(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Corbin est substitué à celui de l'honorable sénateur Gigantès. (Le 19 avril 1994)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, March 17, 1994
(3)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day in Room 356-S, at 9:40 a.m., the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Deware, Gigantès, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault. (6).

Other Senators present: The Honourable Senators Desmarais and Stratton. (2)

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir, Mr. Daniel Dupras.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued its study on euthanasia and assisted suicide.

The Chairman made some opening remarks.

The Committee viewed the video "An appointment With Death".

At 11:00 a.m., the Committee went *in camera* and considered future business.

At 12:10 a.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Greffier intérimaire du Comité

Heather P. Lank

Acting Clerk of the Committee

OTTAWA, TUESDAY, APRIL 19, 1994
(4)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met at 4:50 p.m. this day, *in camera*, for the purpose of discussing a draft agenda and future business of the committee.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman. (6).

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir, Mr. Daniel Dupras.

The Committee considered a workplan relating to its study of Euthanasia and Assisted Suicide.

At 7:15 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mardi 17 mars 1994
(3)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 9 h 40, dans la pièce 356-S, sous la présidence de l'honorable sénatrice Neiman (*présidente*).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Deware, Gigantès, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault. (6)

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Desmarais et Stratton. (2)

Présents: De la Bibliothèque du Parlement, Service de recherche: Mme Molly Dunsmuir, M. Daniel Dupras.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à son ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le Comité poursuit son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

La présidente fait une déclaration préliminaire.

Les membres du Comité visionnent le vidéo «An Appointment With Death».

À 11 h, le Comité se réunit à *huis clos* pour envisager les travaux futurs.

À 12 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

ATTESTÉ:

OTTAWA, LE MARDI 19 AVRIL 1994
(4)

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 16 h 50, à *huis clos* pour débattre d'un projet d'ordre du jour et des futurs travaux du Comité.

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman. (6)

Présents: De la Bibliothèque du Parlement, Service de recherche: Mme Molly Dunsmuir, M. Daniel Dupras.

Le Comité examine un plan de travail relatif à son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

À 19 h 15, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

ATTESTÉ:

[Text]

OTTAWA, WEDNESDAY, APRIL 20, 1994
(5)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day in Room 256-S at 3:20 the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Deware, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman. (6).

Other Senator present: The Honourable Senator Desmarais.

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir and Mr. Daniel Dupras; Mr. Gary Levy, Clerk of the Committee.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

WITNESSES:

From the University of Victoria:

Dr. Eike-Henner W. Kluge.

From the Canadian Association for Suicide Prevention:

Dr. Brian Mishara.

Dr. Kluge made a statement and answered questions.

Dr. Mishara made a statement and answered questions.

At 5:50 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

[Traduction]

OTTAWA, LE MERCREDI 20 AVRIL 1994
(5)

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 20, dans la pièce 256-S, sous la présidence de l'honorable sénatrice Neiman (présidente).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Deware, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman. (6)

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Desmarais.

Présents: De la Bibliothèque du Parlement, Service de recherche: Mme Molly Dunsmuir et M. Daniel Dupras; M. Gary Levy, greffier du Comité.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le Comité poursuit les audiences dans le cadre de son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

TÉMOINS:

De l'Université de Victoria:

M. Eike-Henner W. Kluge.

De l'Association canadienne pour la prévention du suicide:

M. Brian Mishara.

M. Kluge fait une déclaration et répond aux questions.

M. Mishara fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 50, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

ATTESTÉ:

Greffier du Comité

Gary Levy

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, March 17, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 9:30 a.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (Chairman) in the Chair.

The Chairman: Good morning, honourable senators. I see that committee members are all present, as well as some visitors, whom I am delighted to welcome, both those from the Senate and from elsewhere. It is extremely important that as many people as have any interest in this subject attend our meetings whenever they can in order that we can all get a broader understanding of the issues with which we are going to have to deal.

This film which we are going to view has been shown on a number of occasions on public television. It is comprised of a series of case histories of the Netherlands' experience. It is being shown in order that we can each assess it for ourselves.

I urge every one of you to read the Rummelink Report which was published a couple of years ago when this subject came up in the Netherlands again. Some of you may not know that euthanasia has been practised in the Netherlands since 1972, subject to restrictions and criteria formulated by the Royal Netherlands Medical Association.

The law was that euthanasia, or assisted suicide, was a crime but that if the medical profession followed these criteria it would not be considered a crime, but part of acceptable medical procedure. The subject arose again a couple of years ago. There were proponents who said that after all those years the law should be changed to legalize it in accordance with those criteria and any others that were considered necessary or acceptable. Of course, there were opponents to that proposal.

The Royal Netherlands Medical Association, in conjunction with the equivalent of our Attorney General, conducted a survey. It was a very important survey because it asked for the response of as many doctors as possible. The Attorney General cooperated to the extent that he said that no one would be prosecuted as a result of any answers given. The answers were to be totally confidential to the medical association in order to get the best possible response. It was a thorough survey. They received a fairly good response. Of course, the critics will say that it was not enough and probably that it was not honest enough. However, as a result of that they got a much clearer idea of what the practice had been and how widely euthanasia had been practised.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 17 mars 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 9 h 30, pour examiner, en conformité avec son ordre de renvoi, les dimensions juridiques, sociales et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté et pour en faire rapport.

Le sénateur Joan Neiman (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente: Bonjour, honorables sénateurs. Je vois que tout le monde est présent, de même que quelques visiteurs du Sénat et d'ailleurs auxquels je souhaite la bienvenue. Je ne saurais dire à quel point il importe que tous les intéressés assistent aux réunions chaque fois qu'ils le peuvent afin de bien comprendre les questions au sujet desquelles ils seront appelés à se prononcer.

Le film que nous nous apprêtons à voir passe souvent à la télévision. Il s'agit d'une série d'études de cas vécus aux Pays-Bas. Je tiens à ce que nous puissions nous en faire nous-mêmes une idée.

J'exhorte chacun d'entre vous à lire le rapport Rummelink publié il y a quelques années, à l'issue d'un débat tenu, encore une fois, aux Pays-Bas. Certains d'entre vous ignorent peut-être que les médecins pratiquent l'euthanasie aux Pays-Bas depuis 1972, à condition de respecter certaines restrictions et modalités énoncées par l'Association médicale royale des Pays-Bas.

La loi de ce pays dispose en effet que l'euthanasie, ou le suicide assisté, est un crime. Cependant, si le médecin respecte les modalités prescrites, l'acte n'est alors pas considéré comme un crime, mais plutôt comme un acte médical acceptable. La question a de nouveau été débattue, il y a quelques années. D'aucuns estimaient qu'après tant d'années, la loi devait être modifiée pour légaliser l'euthanasie si les modalités, et toutes autres conditions qui sont jugées nécessaires ou acceptables, étaient observées. Bien sûr, d'autres s'y opposaient.

L'Association médicale royale des Pays-Bas, de concert avec l'équivalent de notre procureur général, a mené une enquête. Celle-ci revêtait une importance toute particulière car elle avait pour objet de connaître la réaction du plus grand nombre de médecins possible. Le procureur général a collaboré dans la mesure où il a déclaré que les réponses au sondage ne pourraient servir à poursuivre des répondants. Afin d'obtenir le plus haut taux de participation possible, l'Association médicale a promis de protéger le caractère confidentiel des réponses. L'enquête était bien organisée jusque dans ses moindres détails. Le taux de participation a été assez bon. Naturellement, les critiques pourront toujours dire qu'une telle enquête ne suffisait pas et que les médecins n'avaient probablement pas été tout à fait honnêtes dans leurs réponses. Cependant, elle a permis de se faire une bien meilleure idée de la pratique et de l'ampleur du recours à l'euthanasie.

[Text]

Following that there was a report made to the Dutch Parliament called the Rummelink Report, and I would urge you to read that because it will give you a much better idea of the care with which they carried out this survey.

The subject was then debated in both Houses of Parliament. In both Houses the vote was for retention of the law as it stands, which is that euthanasia and assisted suicide is a crime even if the patient asks for it, subject to additional criteria. They strengthened and slightly changed the criteria that had been used. Conditions still apply. In the Netherlands it is still a crime, but euthanasia is, nevertheless, practised there by a significant number of doctors. It is the law that it may only be practised by doctors.

As I said, perhaps the critics will say that some of the doctors were not really forthcoming. The procedure following euthanasia is that the physician has to make a very full report. The information he has to give is fully set out. The information is sent to a coroner and if the coroner feels that the case is questionable, he can send it on to the public prosecutor.

As far as I am aware, there have only been three cases in recent years in which the case was sent to the public prosecutor. The most recent report is that two of those cases were dismissed. The prosecutor said that he would not proceed with any kind of action against the doctor. My last reading indicated that there was still one charge pending which may have been settled by now.

In any case, the practice in the Netherlands is widely cited by opponents, in particular, of this practice. I think there are many misconceptions. That is why I think it is important for us to try to get the facts.

During the course of our study I hope we will learn many more facts about what has actually happened in the Netherlands.

Senator Lavoie-Roux: I would like to remind members that the other night I asked Dr. Keyserlingk about the Dutch experience. He said that it had not been going on for long enough to draw a conclusion one way or the other. I think that was his statement.

The Chairman: Yes, but since 1972 is a fairly decent length of time.

Senator Lavoie-Roux: It was not in the legislation at that time. He was talking about the time since it has been legislated.

The Chairman: In any case, I think it would be useful for us to see this video.

Senator Perrault: Where was the video produced?

The Chairman: TVO produced it in the Netherlands. I think you will see that in the credits.

Senator Beaudoin: As a point of clarification, did you say that, legally speaking, if the person consents it is still under the penal law?

[Traduction]

Par la suite, le Parlement des Pays-Bas a reçu un rapport, le rapport Rummelink, que je vous conseille vivement de lire car il vous donnera une bien meilleure idée du soin qu'ils ont mis à effectuer cette enquête.

La question a ensuite été débattue dans les deux Chambres du Parlement. Dans la Chambre basse comme dans la Chambre haute, on a voté en faveur du maintien de la loi actuelle, c'est-à-dire que l'euthanasie et le suicide assisté demeurent un crime même si le malade en a fait la demande, sous réserve de conditions supplémentaires. Les conditions utilisées jusque là ont été renforcées et légèrement modifiées. Des conditions continuent de s'appliquer. Aux Pays-Bas, bien qu'elle soit toujours un crime, l'euthanasie continue néanmoins d'être pratiquée par un grand nombre de médecins. La loi précise cependant que les seuls à pouvoir faire cet acte sont les médecins.

Comme je l'ai déjà dit, certains prétendront peut-être que des médecins n'ont pas été tout à fait honnêtes. Après un acte d'euthanasie, le médecin doit soumettre un rapport très complet. Les renseignements qu'il doit donner sont précisés, de A à Z. Ces données sont envoyées à un médecin expert qui, s'il a des doutes, peut les transmettre au ministère public.

Que je sache, seulement trois de ces actes d'euthanasie ont été récemment portés à l'attention du ministère public. D'après le plus récent rapport dont je dispose, deux de ces causes auraient été rejetées. Le ministère public a annoncé qu'il ne poursuivrait pas les médecins. La dernière fois que j'ai lu à ce sujet, il restait une cause en suspens, qui a peut-être été réglée depuis lors.

Quoi qu'il en soit, les opposants plus particulièrement de cette pratique citent souvent les Pays-Bas en exemple. Je crois que beaucoup d'idées erronées circulent à ce sujet. C'est pourquoi j'estime que nous devons aller au fond des choses.

Dans le cadre de notre étude, j'espère en apprendre beaucoup plus sur ce qui se passe réellement aux Pays-Bas.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je tiens à rappeler aux membres que, l'autre soir, j'ai posé des questions au Dr Keyserlingk au sujet de l'expérience vécue aux Pays-Bas. Il a répondu que l'expérience se déroulait depuis trop peu de temps pour pouvoir se prononcer. C'est bien ce qu'il a déclaré, si je me souviens bien.

La présidente: Oui, mais vous admettez que, comme on pratique l'euthanasie depuis 1972, on a eu amplement le temps de juger de ses effets.

Le sénateur Lavoie-Roux: La loi ne le permettait pas alors. Le Dr Keyserlingk, lui, parlait du moment à partir duquel la loi prévoyait des exceptions.

La présidente: Peu importe, je crois qu'il nous serait utile de voir ce film.

Le sénateur Perrault: Où le film a-t-il été produit?

La présidente: Le réseau TVO l'a produit aux Pays-Bas. C'est dans le générique, je crois.

Le sénateur Beaudoin: J'aimerais m'assurer que j'ai bien compris: avez-vous dit que, sur le plan juridique, même si la personne y consent, l'euthanasie demeure un crime?

[Texte]

The Chairman: Yes. The provision in the law is specific.

Senator Beaudoin: Yes, but those provisions are to what effect; to prosecute?

The Chairman: No, provided the physician has followed these specific criteria. In other words, an exception. They start off with a flat criminal sanction and then they give exceptions.

Senator Lavoie-Roux: It is interesting that everyone is under the impression that euthanasia is legalized in Holland, and that is the end of it, which is not the case.

Senator Beaudoin: Okay, that answers my question.

The Chairman: We can discuss it after you have seen the movie, which we will start now.

(Video shown)

The committee proceeded *in camera*.

[Translation]

La présidente: Oui. Les dispositions de la loi à cet égard sont très précises.

Le sénateur Beaudoin: Toutefois, quelle est la raison d'être de telles dispositions, de pouvoir entamer des poursuites?

La présidente: Non, à condition que le médecin se soit conformé aux modalités prescrites. En d'autres mots, il s'agit d'une exception. La loi dispose au départ que l'euthanasie est un crime, puis elle prévoit des exceptions.

Le sénateur Lavoie-Roux: Le fait que tout le monde croit, à tort, que l'euthanasie est légale en Hollande est intéressant.

Le sénateur Beaudoin: Voilà qui répond à ma question.

La présidente: Nous en reparlerons lorsque vous aurez vu le film, dont le visionnement commence maintenant.

(Projection du film)

Le Comité poursuit ses délibérations à huis clos.

OTTAWA, WEDNESDAY, APRIL 20, 1994

[Texte]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (Chairman) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, ladies and gentlemen, this afternoon we are beginning a series of hearings to study euthanasia and assisted suicide. We have already heard a couple of witnesses, but we are now getting into a serious series of hearings. We are very privileged to have two excellent persons before us today, who I am sure will be able to give us a lot of information which we shall need to know and understand.

Our first witness is Dr. Eike-Henner W. Kluge, who teaches and lectures on biomedical ethics in Canada and the United States. He is currently a professor at the University of Victoria, a member of the Special Advisory Committee on Ethical Issues in Health Care of the British Columbia ministry of health, an advisor to the British Columbia Association of Clinical Counsellors, a referee on special projects for the Alberta and Ontario ministries of health as well as for Health and Welfare Canada.

Dr. Kluge was the first expert witness in medical ethics recognized by a Canadian court. In 1989, he established the Canadian Medical Association's Department of Ethics and Legal Affairs, and was its first director. In that position he coordinated the CMA's committee on ethics.

OTTAWA, LE MERCREDI 20 AVRIL 1994

[Translation]

Le Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15, conformément à son ordre de renvoi, pour examiner les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté, ainsi que pour faire rapport à ce sujet.

Le sénateur Joan Neiman (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, mesdames et messieurs, nous entreprenons cet après-midi une série d'audiences consacrées à l'étude de l'euthanasie et du suicide assisté. Nous avons déjà entendu deux témoins, mais nous abordons maintenant une importante série d'audiences. Aujourd'hui, nous aurons le privilège d'entendre deux éminents spécialistes. Je suis certaine qu'ils seront en mesure de nous donner bon nombre de renseignements que nous devons posséder et comprendre.

Notre premier témoin est M. Eike-Henner W. Kluge, qui enseigne l'éthique biomédicale au Canada et aux États-Unis. À l'heure actuelle, il occupe un poste de professeur à l'université de Victoria. En outre, il est membre du comité consultatif spécial sur les questions éthiques dans le domaine des soins de santé du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et conseiller de la *British Columbia Association of Clinical Counsellors*. Il est de plus appelé à jouer un rôle d'arbitre dans le cadre de projets spéciaux des ministères de la Santé de l'Alberta et de l'Ontario ainsi que de Santé et Bien-être social Canada.

M. Kluge a été le premier témoin expert du domaine de l'éthique médicale reconnu par un tribunal canadien. En 1989, il a créé le service de l'éthique et des affaires juridiques de l'Association médicale canadienne, dont il a été le premier directeur. C'est en cette qualité qu'il a coordonné le comité de l'éthique de l'association.

[Text]

He has published extensively on ethical and legal subjects. In November, 1991, Dr. Kluge testified before the House of Commons Legislative Committee H on Bill C-203, which was an act to amend the Criminal Code with respect to terminally ill persons. The purposes of that bill, which eventually died on the Order Paper, were somewhat more restricted than the scope of our study. Therefore, Dr. Kluge will also have more scope today in giving us his views, which we look forward to hearing.

As we gave Dr. Kluge relatively short notice to appear here today, his brief has not been distributed, but we will get it from him and it will be translated for all members very soon.

Dr. Kluge, if you please.

Mr. Eike-Henner W. Kluge, Ph.D., Professor, Biomedical Ethics, University of Victoria: Madam Chairman, honourable senators, I would like to preface my more substantive comments with several observations that have nothing to do with the content of what I am about to say, but are relevant in order to put my remarks into their proper light.

I want to begin with a statement about the socio-political framework of what I am about to say. I think it is important that you know that I am not and never have been a member of any association or organization that advocates euthanasia, assisted suicide or relevant changes in the Criminal Code. I feel that such membership would impose on me politically partisan considerations and therefore compromise my ability to function as an expert witness in medical ethics or to give politically unbiased advice as a consultant. Therefore, the views I am about to present are simply my own views. They do not reflect anyone else's. Other people may agree, but that is their affair.

Second, with respect to the focus of my considerations, as a consultant in medical ethics I see only the hard cases. I see only the cases that present, or that are perceived as presenting, serious ethical problems. The easy ones — they are never easy — but the ones which, in the present context, mean the cases that involve only questions of palliative care or withholding or withdrawing treatment when it is medically inappropriate, I see rarely, and this is not surprising.

There are well established protocols promulgated by the Canadian Medical Association, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, and other bodies representing organized Canadian medicine which deal with these cases without their being any need to involve me or someone like me.

While there are differences in how well these protocols are followed by the various physicians, or how well they are reflected in the formal guidelines of the various health care institutions, they serve Canadians rather well. And while I have problems

[Traduction]

Il a beaucoup écrit au sujet des questions juridiques et éthiques. En novembre 1991, M. Kluge a témoigné devant le Comité législatif H de la Chambre des communes chargé d'étudier le projet de loi C-203, qui visait à modifier les dispositions du Code criminel touchant les malades en phase terminale. L'objet de ce projet de loi, qui devait mourir au feuillet, était quelque peu plus restreint que celui de notre étude. Dans les vues qu'il exprimera aujourd'hui — et que nous sommes impatients d'entendre —, M. Kluge adoptera donc également une perspective plus large.

Comme le préavis donné à M. Kluge en vue de sa comparution d'aujourd'hui a été relativement court, son mémoire n'a pas été distribué, mais il nous en remettra un exemplaire qui sera très bientôt traduit à l'intention de tous les membres.

Je vous en prie, Monsieur Kluge.

M. Eike-Henner W. Kluge, Ph.D., professeur, éthique biomédicale, université de Victoria: Madame la présidente, honorables sénateurs, j'aimerais faire précéder mes commentaires plus exhaustifs de quelques observations qui n'ont rien à voir avec le contenu des propos que je vais tenir, mais qui sont pertinentes dans la mesure où elles pourront mettre ceux-ci en contexte.

Je vais débiter par une affirmation au sujet du cadre socio-politique des remarques qui suivront. Je pense qu'il est important que vous sachiez que je ne suis membre d'aucune association ni d'aucun organisme qui défend l'euthanasie, le suicide assisté ou les modifications pertinentes qu'il conviendrait d'apporter au Code criminel, et que je ne l'ai jamais été. À mes yeux, une telle adhésion aurait pour effet de m'imposer des vues politiques partisans qui compromettraient ma capacité d'agir en tant que témoin expert dans le domaine de l'éthique médicale ou de donner, à titre d'expert-conseil, des avis non biaisés par des points de vue politiques. Par conséquent, les vues que je m'appête à présenter sont purement personnelles. Elles ne reflètent pas celles de qui que ce soit d'autre. Il se peut que d'autres personnes soient d'accord. C'est là leur affaire.

Deuxièmement, en ce qui touche l'orientation de mes propos, je ne vois, en tant qu'expert-conseil du domaine de l'éthique médicale, que les cas difficiles. Je ne m'occupe que des affaires qui présentent ou qui sont perçues comme présentant des problèmes éthiques graves. Je vois rarement — et ce n'est guère surprenant — les cas faciles — ils ne le sont jamais — c'est-à-dire ceux qui, dans le contexte actuel, n'ont trait qu'à des questions de soins palliatifs ou de maintien ou d'interruption d'un traitement, suivant ce qu'il convient de faire sur le plan médical.

L'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et d'autres organismes représentant le corps médical canadien ont élaboré des protocoles bien établis qui permettent de régler ces cas sans qu'on ait à faire appel à mes services ou à ceux d'une personne comme moi.

Même s'il existe des écarts dans la façon dont ces protocoles sont respectés par les divers médecins ou dans la façon dont ils sont intégrés dans les lignes directrices officielles des divers établissements de santé, ces protocoles servent bien les intérêts

[Texte]

with the structure and content of some of these protocols, it seems to me that they are ethically defensible and professionally correct.

I am aware that strictly speaking some of these protocols are illegal so far as statute law is concerned, whereas according to case law they are unexceptional. I refer to discontinuation of treatment once treatment has begun, non-initiation of treatment in cases where treatment might save or prolong the life of a patient and so on. While I would very much urge this august body to recommend changes in the relevant sections of the Criminal Code so that the discrepancy between statute and case law would be resolved, this is not the central focus of my remarks. Others will doubtlessly address this. I especially have in mind the Canadian Medical Association and I will leave fuller consideration of this to them.

Instead, the focus of my remarks will be the hard cases to which I refer. These are the cases where palliative care is inappropriate because pain and physical suffering are not primarily the issue, where discontinuation of medical treatment is irrelevant because medical treatment is not involved, and where the medical profession currently practices in secret without professional supervision or ethico-legal guidance.

The burden of my testimony will be that in some of these cases the Criminal Code imposes a barrier to appropriate ethical practice by physicians and other health care professionals. It is a barrier that sometimes cloaks the physician with the mantle of torturer in the name of preserving life, that sometimes violates the autonomy of the individual person, but only when that person is at her or his most vulnerable, completely dependent and no longer able to act on her or his own behalf. That sometimes forces the individual to buy the retention of her or his dignity, but only at the price of a hurried and premature taking of life, a barrier that sometimes forces an undignified, horrifying and appalling dying on the individual person in the name of protecting the personhood of that very individual.

Of course, I come to this from a personal ethical perspective. I have a deontological ethical perspective, which means that each person is a being of incommensurable value. There are two basic ethical principles that govern this approach. One is the principle of autonomy and respect for persons. If I may cite that:

Everyone has a fundamental right to self-determination subject only to the equal and competing rights of others.

The other principle is that of equality and justice:

Everyone has the right to be treated the same as everyone else, and deviations from this standard are acceptable only on the condition that they further equity.

[Translation]

des Canadiens. Et même si j'ai quelques réserves quant à la structure et au contenu de certains de ces protocoles, il me semble qu'ils sont à la fois défendables sur le plan de l'éthique et corrects sur le plan professionnel.

À strictement parler, je sais que certains de ces protocoles sont illégaux aux yeux de la loi, même si, selon la jurisprudence, ils ne sont pas exceptionnels. Je songe au fait d'interrompre un traitement déjà entrepris ainsi qu'à celui de ne pas entreprendre un traitement dans les cas où un tel traitement pourrait avoir pour effet de sauver ou de prolonger la vie d'un patient, et ainsi de suite. Même si je prie instamment cette auguste assemblée de recommander que des modifications soient apportées aux articles pertinents du Code criminel de manière à ce que les écarts entre la loi et la jurisprudence soient éliminés, là n'est pas l'orientation première de mes propos. Il ne fait aucun doute que d'autres s'intéresseront à cette question. Je songe tout particulièrement à l'Association médicale canadienne, et je lui laisserai le soin de s'intéresser à cette question plus en détail.

Dans mes remarques, je mettrai plutôt l'accent sur les cas difficiles auxquels j'ai fait allusion. Il s'agit de cas où les soins palliatifs ne sont pas indiqués parce que la douleur et la souffrance physique ne constituent pas l'enjeu principal, où il ne s'agit pas de l'interruption d'un traitement médical puisqu'aucun traitement médical ni est en cause, et où les membres de la profession médicale exercent pour l'instant en secret, sans supervision professionnelle ni orientation éthico-juridique.

L'essentiel de mon témoignage aura trait au fait que, dans certains cas, le Code criminel impose aux médecins et à d'autres professionnels de la santé des obstacles à l'adoption de pratiques pertinentes du point de vue de l'éthique. Ce sont des obstacles qui font que le médecin se transforme parfois en tortionnaire au nom de la préservation de la vie et qui, parfois encore, viole l'autonomie de la personne, mais seulement lorsque celle-ci est vulnérable au plus haut point, complètement dépendante et désormais incapable d'agir en son propre nom. Quelquefois, ces obstacles contraignent la personne à acheter le maintien de sa dignité, mais seulement au prix d'une mort précipitée et prématurée. Quelquefois encore, ces obstacles contraignent la personne à une mort indigne, horrible et effroyable, au nom même de l'«humanité» de cette personne.

Si j'en viens à cette conclusion, c'est, bien entendu, en vertu d'un point de vue éthique personnel. J'ai un point de vue déontologique et éthique, ce qui signifie que chaque personne possède une valeur incommensurable. Deux principes éthiques fondamentaux régissent cette approche. Le premier a trait au respect et à l'autonomie de la personne. Je cite:

Chacun dispose du droit fondamental de s'auto-déterminer, sous réserve seulement des droits égaux et concurrents d'autrui.

L'autre principe a trait à l'égalité et à la justice:

Chacun a droit à un traitement identique à celui de tous ses semblables, et les écarts par rapport à cette norme ne sont acceptables que s'ils vont dans le sens de l'équité.

[Text]

My approach is therefore fundamentally at variance with a utilitarian approach, that is, a perspective which maintains that an act is right, and a policy appropriate, if, all other things being equal, it produces or is likely to produce the greatest amount of good for the greatest number of people.

It strikes me that a utilitarian perspective forces us to see people as quantifiable entities whose autonomy and dignity lose before the good of the majority, however that good may be defined, and whoever may define it. It seems to be that it makes mockery of autonomy and respect for persons and of the notion of individual rights.

It also encourages paternalism. That is to say, utilitarianism fosters the imposition of an externally defined good on the values of the individual person. While such an imposition may well be motivated by considerations of the best interests of the patient, the values that are thus imposed are external to the patient's own value system. Therefore the words of C.S. Lewis, although intended for another context and with another thrust, capture its fatal flaws. I quote:

Of all the tyrannies a tyranny sincerely exercised for the good of its victims may be the most oppressive. It may be better to live under robber barons than under omnipotent moral busybodies. The robber baron's cruelty may sometimes sleep, his cupidity may at some point be satiated; but those who torment us for our own good will torment us without end for they do so with the approval of their conscience. They may be more likely to go to Heaven, yet at the same time likelier to make a Hell of earth. Their very kindness stings with intolerable insult.

The reason I mention these abstract considerations at the outset is that ethical frameworks are like conceptual glasses through which we see the world. They colour what we see, and they imbue what we see with moral significance. Therefore I am anxious that this honourable committee be aware of my ethical bias at the outset, so that it may evaluate my comments accordingly; but also that it may have the opportunity to examine its own ethical framework and that of any other presenter, in order to see whether the relevant views are pragmatically based or ethically grounded; whether they take autonomy and equality to be fundamental ethical principles, or opt for a quantitatively defined notion of the common good.

I also want to say a word about the Charter. I am fully conscious of the fact that considerations of individual right are distinct from considerations of policy, and that the constraints of good government for a free and democratic society may force accommodations that violate autonomy as well as equality and justice. I am conscious that the framers of our Charter of Rights and Freedoms saw it necessary to include, as an overriding condition, section 1 of the Charter, which allows for the subsumption of individual rights and freedoms if such a

[Traduction]

Mon approche est donc diamétralement opposée à l'approche utilitaire, c'est-à-dire la perspective suivant laquelle un geste est juste, et une politique, appropriée, si, toutes choses étant égales, il ou elle produit ou est susceptible de produire le plus grand bien possible pour le plus grand nombre de personnes possible.

Ce qui me frappe, c'est que la perspective utilitaire nous contraint à considérer les gens comme des entités quantifiables dont l'autonomie et la dignité cèdent le pas au bien de la majorité, peu importe comment ce bien est défini et qui est chargé de le définir. Il me semble qu'on fait bon marché de l'autonomie et du respect de la personne ainsi que de la notion de droits individuels.

Une telle attitude encourage aussi le paternalisme. En effet, l'utilitarisme favorise l'imposition d'un bien défini extérieurement aux valeurs de la personne. S'il est possible qu'une telle imposition soit motivée par ce qu'on perçoit comme l'intérêt du patient, les valeurs ainsi imposées sont extérieures au système de valeurs du patient. Ainsi, les mots de C.S. Lewis, même s'ils s'appliquaient à un autre contexte et visaient d'autres fins, rendent compte de ces lacunes fatales. Je cite:

Parmi toutes les tyrannies, celle qui est sincèrement imposée au nom du bien de ses victimes est peut-être la plus oppressive. Il vaut peut-être mieux vivre sous la coupe de capitalistes exploiters que sous celle de touche-à-tout moraux et omnipotents. Il arrive que la cruauté du capitaliste exploiteur couve sous la cendre et que sa cupidité, à un moment donné, soit satisfaite; mais ceux qui nous tourmentent pour notre propre bien nous tourmenteront sans fin puisqu'ils ont pour eux leur conscience. Peut-être sont-ils plus susceptibles d'aller au Paradis; en même temps, pourtant, ils sont aussi plus susceptibles de transformer en enfer la vie sur la Terre. Leur gentillesse même résonne comme une insulte intolérable.

Si, d'entrée de jeu, je fais état de ces considérations abstraites, c'est que les cadres éthiques sont comme des verres conceptuels à travers lesquels on voit le monde. Ils colorent ce que nous voyons, et ce que nous voyons est nimbé de sens moral. Dès le départ, je tiens donc à ce que les honorables membres du Comité soient au fait de mon préjugé éthique, de manière à ce qu'ils puissent évaluer mes commentaires comme il se doit. Peut-être aussi auront-ils l'occasion d'examiner leur propre cadre éthique ainsi que celui des autres témoins, de façon à établir si les vues pertinentes sont fondées sur le plan pratique ou motivées sur le plan éthique et si elles traitent l'autonomie et l'égalité comme s'il s'agissait de principes éthiques fondamentaux ou si elles reposent sur une notion de bien commun défini sur le plan quantitatif.

Je veux également dire un mot de la Charte. Je réalise parfaitement que les questions de droit individuel sont distinctes des questions de politique, et que les contraintes auxquelles fait face un bon gouvernement dans une société libre et démocratique peuvent obliger des compromis qui violent l'autonomie aussi bien que l'égalité et la justice. Je comprends que les personnes qui ont élaboré la Charte canadienne des droits et libertés ont jugé nécessaire d'inclure, à titre de condition dominante, l'article 1 de la Charte, qui prévoit la restriction des libertés et droits individuels

[Texte]

subsumption should be demonstrably justified in a free and democratic society.

However, the fact that an act has been passed by parliament, or that a charter has been established by constitutional action, does not in itself guarantee their ethical tenability. They may merely reflect the personal perspectives of the duly empowered representatives of the people at that point in time. History is replete with illustrative examples. Therefore, the mere existence of section 1 of the Charter does not make it immune from ethical scrutiny.

Nevertheless, deontologically speaking, the ethical tenability of section 1 is beyond doubt. The principle of autonomy and respect for persons, together with the principle of equality and justice, entails that all freedoms and all rights have to be balanced against each other. That is the thrust of section 1, and that is the sense, at least so far as I can see, in which the courts have tried to apply it in the case of Sue Rodriguez.

However, as section 1 itself declares, its overriding and limiting force should be invoked only when it has been demonstrably established that no other ethically defensible alternative is available, lest ethics give way to convenience and justice to ease of administration. Therefore, I submit at the outset that this condition has not been met with respect to section 241(b) of the Criminal Code and related provisions, and that the Supreme Court, with all respect, erred when, in a bare majority, it declared section 241(b) to be saved by section 1.

I shall make a presentation later on as to how the requirements of section 1 can be met, in a suggestion for amending the Criminal Code.

A brief word about what I shall not talk about in great detail. I have not focused my presentation on the data furnished by public opinion polls, surveys of professional attitudes or anything like that. This is not an oversight. It reflects my position on ethics, namely, that ethics is not determined by what people think, either severally or as a collectivity. It is the study of what ought or ought not to be done, of what is prohibited, permitted or allowed as derivative from fundamental principles that find their roots in the nature of what it is to be a person. While everyone may have an opinion in this matter, the mere fact of that opinion is no guarantee that it is thus based. And while everyone may hold beliefs, unless they are grounded in the name of personhood, they may well be profound; but for all that, they will not be ethics.

Further, an approach to ethics that is based on public belief or public opinion is an approach that finds its validity in the persuasions of the day. It is notorious that such persuasion can be manipulated and also frequently are wrong, as witness the historical public acceptance of racially orientated discrimination.

[Translation]

lorsqu'une telle réduction peut être justifiée de façon évidente dans une société libre et démocratique.

Cependant, le fait qu'une loi ait été adoptée par un parlement, ou qu'une charte ait été établie sur le plan constitutionnel, ne suffit pas en soi à justifier de tels textes sur le plan éthique. Ils peuvent traduire les points de vue personnels des représentants dûment élus du peuple, à un moment donné de l'histoire. D'ailleurs, l'histoire regorge d'exemples éloquentes. Par conséquent, la seule existence de l'article 1 de la Charte n'a pas pour effet de mettre ce document à l'abri d'un examen éthique.

Néanmoins, d'un strict point de vue déontologique, la justification éthique de l'article 1 ne peut être mise en doute. Le principe de l'autonomie et du respect des personnes, conjugué au principe de l'égalité et de la justice, suppose que l'ensemble des droits et des libertés doivent s'équilibrer les uns les autres. C'est là l'intention de l'article 1, et c'est dans ce sens, du moins d'après ce que j'ai pu constater, que les tribunaux ont tenté de l'appliquer dans l'affaire Sue Rodriguez.

Cependant, comme le stipule l'article 1, on ne devrait invoquer les pouvoirs limitatifs et dominants qu'il confère que lorsqu'on n'a pu établir de manière évidente qu'il n'existe aucune autre solution de rechange défendable sur le plan éthique, de crainte que l'éthique ne cède le pas à la commodité et à la justice pour faciliter l'administration. Par conséquent, j'affirme d'entrée de jeu que cette condition n'a pas été respectée en ce qui a trait à l'alinéa 241b) du Code criminel ainsi qu'aux dispositions connexes, et que la Cour suprême, avec tout le respect que je lui dois, s'est trompée lorsqu'elle a déclaré, par une faible majorité, que l'article 1 justifiait l'alinéa 241b).

Dans une proposition visant la modification du Code criminel, j'indiquerai plus tard comment les exigences prévues à l'article 1 peuvent être satisfaites.

Un mot au sujet de ce que je n'aborderai pas en détail. Je n'ai pas centré mon exposé sur les données fournies par les sondages d'opinion publique, les enquêtes au sujet des attitudes des professionnels, ou des choses du genre. Ce n'est pas une omission. Si j'agis de la sorte, c'est en raison du point de vue que j'adopte sur le plan éthique, c'est-à-dire que l'éthique n'est pas déterminée par ce que les gens pensent, à titre individuel ou collectif. C'est l'étude de ce qui doit ou ne doit pas être fait, de ce qui est interdit, autorisé ou permis en vertu des principes fondamentaux qui prennent racine dans la nature même de ce que représente le fait d'être une personne. Même si chacun peut avoir une opinion à cet égard, le simple fait qu'il s'agisse d'une opinion ne garantit en rien qu'elle repose sur un tel principe. Et même si une personne a des croyances, même profondes, elles ne seront éthiques qu'à condition d'être motivées par l'«humanité».

En outre, une approche de l'éthique fondée sur la croyance populaire ou l'opinion publique est cautionnée par les convictions du jour. Or, il est notoire que de telles convictions peuvent faire l'objet de manipulations et qu'elles sont souvent erronées, ainsi qu'en témoigne, dans l'histoire, l'acceptation publique de la discrimination raciale.

[Text]

I have also refrained from basing my reasoning on religious considerations. Such an approach would have undermined the tenability of my presentation at its very core. The Charter of Rights and Freedoms guarantees freedom of religion. Since different religions differ on the present issue, favouring the opinion of any one religion would have entailed an immediate violation of the Charter.

In what follows I shall make presentation on five different kinds of cases: assisted suicide, that is, competent persons who request that they be assisted in dying; voluntary euthanasia, competent persons who request that they be killed — and I shall not mince words — involuntary euthanasia with advance directives, that is, previously competent persons who have made advance directives; and involuntary euthanasia with advance directives, that is, previously competent persons who have made no disposition at the time they were competent as to their wishes about deliberate death, but for whom duly empowered proxy decision-makers now request deliberate death; and finally, non-voluntary euthanasia, that is, congenitally incompetent persons for whom duly empowered proxy decision-makers request that these incompetent persons be either allowed or made to die.

I shall begin with assisted suicide. Here I shall focus my discussion around the case of Sue Rodriguez. My own experience with assisted suicide and active euthanasia, although I have quite a bit of experience with passive euthanasia, is confined to the case of Sue Rodriguez. I acted as the ethics consultant in that case.

It began when I was approached by Mr. John Hofsess of the Right to Die Society. Ms Rodriguez had contacted him about the matter of assisted suicide if and when her condition should develop to such a state that continued life would be an affront to her dignity and violate her fundamental sense of self-respect. Mr. Hofsess came to me for advice about pursuing the matter legally in terms of a Charter challenge to section 241(b) and I told him that in my opinion it would be ethically appropriate to initiate such a challenge. I gave this advice because it seemed to me that this case clearly illustrated the fundamental ethical inadequacies of section 241(b) and of related sections. I also went on to suggest that the present standards of the Canadian Medical Association which deal with palliative care, cessation of treatment and resuscitation of the terminally ill do not meet the legitimate needs of some persons and may well be unethical in such cases.

Ms Rodriguez agreed to initiate a Charter challenge to the extant legislation with the help of Mr. Hofsess and the Right to Die Society, and Mr. Hofsess retained Mr. Considine as counsel. The rest of the matter is known to this honourable committee and I shall detail it no further.

However, I should like to share with this honourable committee my analysis of the case. With due alteration of detail, it underlay my recommendations to Mr. Hofsess and formed the basis of my formal report to Mr. Considine when I was retained by him to

[Traduction]

Je me suis également gardé de fonder mon argumentation sur des considérations religieuses. Une telle démarche aurait miné la crédibilité de l'essentiel de mon exposé. La Charte canadienne des droits et libertés garantit la liberté religieuse. Puisque les diverses religions expriment des idées différentes au sujet du présent enjeu, le fait de favoriser l'une ou l'autre religion se serait traduit par une violation immédiate de la Charte.

L'exposé qui suivra portera sur cinq types de cas différents: le suicide assisté, soit une personne apte qui demande qu'on l'aide à mourir; l'euthanasie volontaire, soit une personne apte qui demande qu'on la tue — je n'ai pas l'intention de jouer sur les mots; l'euthanasie involontaire avec directives préparées à l'avance, soit une personne qui, à l'époque où elle était apte, a préparé des directives; l'euthanasie involontaire sans directives préparées à l'avance, soit une personne qui, à l'époque où elle était apte, n'a pas préparé de directives au sujet d'une mort délibérée, mais pour qui un mandataire dûment habilité demande maintenant une mort délibérée; et, finalement, l'euthanasie non volontaire, à savoir une personne qui, pour des raisons congénitales, n'est pas apte et qu'un mandataire dûment habilité demande qu'on laisse mourir ou qu'on fasse mourir.

Je débiterai par le suicide assisté. Ici, je centrerai mon argumentation sur le cas de Sue Rodriguez. L'expérience que j'ai du suicide assisté et de l'euthanasie active, même si je connais relativement bien l'euthanasie passive, porte essentiellement sur le cas de Sue Rodriguez. Dans cette affaire, j'ai agi à titre d'expert-conseil sur le plan éthique.

Tout a débuté lorsque M. John Hofsess, de la *Right to Die Society*, s'est adressé à moi. M^{me} Rodriguez avait communiqué avec lui pour discuter d'une question liée au suicide assisté. Elle craignait que son affection n'évolue au point où le fait de continuer à vivre constituerait un affront à sa dignité et violerait le respect fondamental qu'elle avait d'elle-même. M. Hofsess m'a consulté au sujet d'une contestation juridique possible de l'alinéa 241b) à la lumière de la Charte, et je lui ai répondu que, à mon avis, une telle contestation serait appropriée sur le plan éthique. Si j'ai exprimé cet avis, c'est parce qu'il me semblait que cette affaire illustrait clairement les lacunes de l'alinéa 241b) et des dispositions connexes sur le plan de l'éthique. J'ai également laissé entendre que les normes actuelles de l'Association médicale canadienne, qui traitent des soins palliatifs, de l'interruption des traitements et la réanimation des malades en phase terminale, ne répondent pas aux besoins légitimes de certaines personnes. Dans de tels cas, ces normes pourraient bien être contraires à l'éthique.

Mme Rodriguez a accepté d'entreprendre une contestation de la Charte au sujet des mesures législatives toujours en vigueur avec l'aide de M. Hofsess et de la *Right to Die Society*. M. Hofsess a retenu les services de M. Considine à titre d'avocat. Les honorables membres du Comité connaissent le reste de l'histoire, et je ne donnerai pas plus de détail.

Cependant, j'aimerais faire connaître aux honorables membres du Comité mon analyse de la question. À quelques détails près, elle a servi de fondement aux recommandations que j'ai faites à M. Hofsess ainsi qu'au rapport officiel que j'ai présenté à

[Texte]

provide an ethics analysis and to suggest ethically based arguments that might be used when presenting the matter in court.

Ms Rodriguez had made it very clear, publicly and privately, that the manner of dying that faced her, its quality and nature, and the state of utter dependence that it involved, were unacceptable to her. They violated her fundamental values and her sense of dignity as a person. These valuational considerations, therefore, provided the basis.

Section 241(b) is ethically defensible in the case of someone who is *non compos mentis* while formulating the intention to commit suicide and in carrying out the decision so reached. However, given its generality, it applies to all persons under all circumstances. For that reason, it violates three fundamental ethical principles: the principle of autonomy and respect for persons, the principle of equality and justice, and the principle of beneficence.

More precisely, with respect to the principle of autonomy and respect for persons, and with respect to Sue Rodriguez, she had decided, on the basis of settled values centering in her conception of the dignity of the person, that she did not wish to experience the end-stages of the disease. However, given the nature of amyotrophic lateral sclerosis in general, and her specific disease process in particular, Sue Rodriguez had reasonable grounds to believe that when the disease process reached the stage where continued life would offend her sense of dignity, she would be unable to end her own life.

She therefore faced several options:

First, to refuse food and water once she had reached this state and thus to kill herself through her own inaction without involving the assistance of anyone else;

Second, to commit suicide in her own person at some point before her increasing disability prevented her from doing so;

Third, to wait, but only until she could still herself initiate a chain of causation that would lead to her death, at that point relying only on a physician to supply her with the relevant means and/or medication; or

Fourth, to postpone her deliberate death as long as possible, in keeping with her sense of dignity, and then to request that a physician deliver her death by appropriate medical means.

Sue Rodriguez could have chosen options one or two. In either case, her actions would have been expressions of her autonomy and would have been within the limits of what the law allows. However, the price she would have had to pay for choosing either would have been tremendous.

Specifically, the choice of option one, would have entailed that the manner of her dying would have violated the very principles that underlay the reason for her choice in the first instance, that is to say, the means necessary for carrying out her purpose would

[Translation]

M. Considine. En effet, ce dernier m'avait chargé de lui présenter une analyse éthique et de lui proposer des arguments fondés sur l'éthique qui pourraient être utilisés au moment de l'instruction de l'affaire devant la Cour suprême.

En public et en privé, Mme Rodriguez avait établi très clairement que le genre de mort qui l'attendait, sa qualité aussi bien que sa nature, et l'état de dépendance absolue qu'elle supposait, lui étaient inacceptables. Ses valeurs fondamentales et son sens de sa dignité personnelle s'en trouvaient violés. Ce sont donc ces considérations liées aux valeurs qui ont servi de fondement à l'affaire.

Sur le plan de l'éthique, l'alinéa 241b) est défendable dans le cas d'une personne *non compos mentis*, au moment où elle fait part de son intention de se suicider ou de donner suite à la décision ainsi prise. Cependant, l'alinéa, étant donné son caractère général, s'applique à toutes les personnes dans toutes les circonstances. Pour cette raison, il viole trois principes éthiques fondamentaux: celui de l'autonomie et du respect de la personne, celui de l'égalité et de la justice, et, enfin, celui du bien de la personne.

Plus précisément, M^{me} Rodriguez, en ce qui a trait au principe de l'autonomie et du respect de la personne ainsi qu'à son propre cas, avait décidé, à la lumière de valeurs établies centrées sur sa conception de la dignité humaine, qu'elle ne voulait pas vivre les étapes terminales de la maladie. Cependant, Sue Rodriguez, étant donné la nature de la sclérose latérale amyotrophique, et l'évolution de sa maladie en particulier, avait des motifs raisonnables de croire qu'elle serait incapable, au moment où l'état de sa maladie serait tel que le fait de continuer à vivre constituerait un affront à sa dignité, de mettre fin à ses jours.

Elle était donc confrontée à quelques possibilités:

Premièrement, elle aurait pu refuser de boire et de manger, une fois ce stade atteint, et ainsi se tuer par sa propre inaction, sans l'aide de qui que ce soit;

Deuxièmement, elle aurait pu se suicider avant d'être invalide au point de ne pouvoir le faire;

Troisièmement, elle aurait pu attendre, mais seulement jusqu'à ce qu'elle soit toujours en mesure de déclencher elle-même une chaîne de réactions qui causerait sa propre mort, auquel cas elle n'aurait eu qu'à pouvoir compter sur un médecin qui lui aurait fourni les moyens et (ou) les médicaments pertinents;

Quatrièmement, elle aurait pu remettre sa mort délibérée aussi longtemps que possible conformément à son propre sens de la dignité, et exiger ensuite qu'un médecin l'aide à mourir au moyen de techniques médicales appropriées.

Sue Rodriguez aurait pu retenir les possibilités un ou deux. Dans les deux cas, ses gestes auraient constitué une expression de son autonomie en plus de respecter la loi. Toutefois, le prix à payer pour ce faire aurait été extraordinairement élevé.

De façon précise, choisir la possibilité un aurait eu l'effet suivant: sa mort aurait violé les principes mêmes qui, à l'origine, ont présidé à sa décision, c'est-à-dire que les moyens nécessaires pour produire une fin particulière seraient allés à l'encontre de la

[Text]

have contradicted the nature of the purpose itself. Therefore, acceptance of alternative and adherence to the law would have entailed a violation of her sense of dignity and of her fundamental values.

The choice of the second alternative would involve no such contradiction, nor would it have been in contradiction to the law. However, it would have meant that she would have had to end her life before she wanted to. Therefore, the acceptance of that option would have forced her to buy her autonomy at the price of an accelerated death. As a result, the constraints of section 241(b) of the Criminal Code left Sue Rodriguez only with choices that would have violated her fundamental values and beliefs. A law that forces such a dilemma violates the principle of autonomy and respect for persons.

As to the principle of equality and justice, the ethical import of this principle is that due allowances must be made for the differences that obtain among individuals if these differences would prevent, or be likely to prevent, these persons from having equal access to, or taking equal advantage of, the important opportunities that are otherwise available to members of society. This principle underpins society's obligation to make due allowances for handicap or other relevant disadvantages. Equity employment policies are a non-medical example of a practical application of this principle.

The principle also entails that if a law, rule, policy or practice has the effect of preventing someone from taking equal advantage of the opportunities that are open to members of society, then that rule, policy, practice or law is constructively discriminatory. By the same token, such a rule, law, policy or practice would also violate the principle of equality and justice.

In general terms, the absence of voluntary motor control is characteristic of ALS in its later stages. It lies in the very nature of the disease. People who do not suffer from ALS are not thus afflicted. The absence of voluntary motor control, therefore, is a *prima facie* handicap. Therefore, the absence of voluntary motor control in the later stages of the disease is a handicap of ALS sufferers. It follows that failure to provide some means for overcoming this handicap has the effect of discriminating against ALS-sufferers on the basis of their handicap — certainly in the Sue Rodriguez case. Consequently, a rule, law, policy or practice that has the effect of preventing anyone from assisting an ALS-sufferer from overcoming this handicap constitutes constructive discrimination.

In the case of Sue Rodriguez, her disease interfered with her ability and we have the consequence following immediately. This inability could have been overcome if the law would have allowed someone else to assist her or if the law had permitted someone to carry out her wishes for her and, when the time had come, options three and four. However, the law imposed a bar against anyone

[Traduction]

nature de la fin elle-même. Par conséquent, l'acceptation de cette solution et le respect de la loi auraient eu pour effet de violer son sens de la dignité et ses valeurs fondamentales.

Le choix de la deuxième solution n'aurait pas entraîné une telle contradiction, ni une violation de la loi. Cependant, elle aurait ainsi dû mettre un terme à sa vie avant qu'elle ne le veuille. Par conséquent, l'acceptation de cette solution l'aurait contrainte à assumer son autonomie au prix d'une mort accélérée. Ainsi, les contraintes imposées par l'alinéa 241b) du *Code criminel* ne laissaient à Sue Rodriguez que deux choix qui auraient violé ses valeurs et croyances fondamentales. Une loi qui impose un tel dilemme viole le principe de l'autonomie et du respect de la personne.

Quant au principe de l'égalité et de la justice, son importance sur le plan éthique est qu'on doit tenir compte des différences qui existent entre les personnes, si ces différences auraient pour effet d'empêcher — ou auraient vraisemblablement pour effet d'empêcher — ces personnes de bénéficier des possibilités importantes qui sont par ailleurs offertes aux autres membres de la société, ou de tirer un profit égal de telles possibilités. Ce principe sous-tend l'obligation qu'a la société de faire une place aux personnes handicapées aux prises avec d'autres facteurs pertinents qui ont pour effet de les défavoriser. Les politiques d'équité en matière d'emploi constituent un exemple non médical d'application pratique de ce principe.

Le principe suppose également que si une loi, un règlement, une politique ou une pratique a pour effet d'empêcher une personne de tirer un profit égal des possibilités qui s'offrent aux autres membres de la société, cette loi, cette règle, cette politique ou cette pratique est ouvertement discriminatoire. De la même façon, cette loi, cette règle, cette politique ou cette pratique violerait également le principe de l'égalité et de la justice.

En termes généraux, l'absence de motricité volontaire caractérise les stades avancés de la sclérose latérale amyotrophique. Cela s'inscrit dans la nature même de la maladie. Les personnes non atteintes de cette maladie ne sont pas ainsi touchées. L'absence de motricité volontaire constitue donc un handicap *prima facie*. Aux stades avancés de la maladie, l'absence de motricité volontaire est un handicap touchant toutes les personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique. Il s'ensuit que le défaut de donner certains moyens de surmonter ce handicap se traduit par une forme de discrimination fondée sur le handicap à l'égard des personnes atteintes par la maladie — c'est certainement ce qui s'est produit dans le cas de Sue Rodriguez. Par conséquent, une loi, une règle, une politique ou une pratique qui a pour effet d'empêcher quiconque d'aider une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique à surmonter son handicap constitue une forme de discrimination ouverte.

La maladie de Sue Rodriguez allait dans le sens contraire de cette capacité, des conséquences s'ensuivant immédiatement. Si la loi avait autorisé quelqu'un d'autre à l'aider ou à donner suite à ses souhaits, ou si, le moment venu, la loi avait permis les possibilités trois et quatre, cette incapacité aurait pu être surmontée. Cependant, la loi interdisait à quiconque de lui prêter

[Texte]

assisting her. Consequently, the law insisted on confirming her in her inability to take advantage of the opportunities available to other members of society without providing a compensatory and equitable relief. The law, therefore, had the effect of discriminating against her on the basis of her handicap; the consequence follows.

Further, the law has recognized in other contexts that conscience, beliefs, aspirations and values of an individual shape the life of that person, and that the right to adhere to one's conscience, beliefs, aspirations and values in self-regarding actions is integral to the autonomy of a person in a free and democratic society. This comes from *R v. Morgentaler*.

The law has further agreed that to force individuals into a manner of living that would violate these values, beliefs and aspirations would be to violate their dignity as persons. However, the effect of section 241(b) of the Criminal Code and of related provisions is that this perspective does not apply to the matter if someone is dying. In this regard, the law that bound Sue Rodriguez and anyone willing to help her rests on an unequalled treatment of conscience, beliefs, aspirations and values. Consequently, by mandating such unequal treatment, the law is fundamentally in conflict with itself. It is therefore guilty of violation of equality and justice.

I turn to the principle of beneficence. There has been some controversy over the precise nature of this principle. The version that is generally accepted goes something like this: Everyone has an obligation to assist others in advancing their good, where the nature of this good is defined by the individual whose good is to be advanced, or where this good is consonant with the values of that person.

In the case of Sue Rodriguez, there was no doubt that she had defined what she considered to be "the good". She had defined it in terms of values that included her notion of the dignity of the person. These values were not out of keeping with another value that is generally accepted in society, namely that suffering should not be protracted beyond the ability of the individual to bear.

One of the alternatives suggested to Sue Rodriguez was that she give up her demand for assisted death and accept instead the offer of palliation. Miss Rodriguez accepted palliation to some degree. However, it must be recognized that the offer of palliation as a way of dealing with her request, and others like it; and as an attempt to honour their perspective, is fundamentally inappropriate. It fails to come to grips with the core of the issue. The issue was not one of pain or suffering in a physical sense; it was the violation of her sense of dignity of the person. That is, given this valuation of "perspective", Sue Rodriguez rejected a manner of dying that left her without dignity and control, dependent on others for all functions of her life. The suggestion that she allow herself to be kept alive and palliated until she slid into an insensate death was to suggest that she accept a mode of existence that would be burdensome for her, given her values

[Translation]

assistance. Par conséquent, la loi insistait pour la confirmer dans son incapacité de tirer profit des possibilités offertes aux autres membres de la société, sans lui procurer un soulagement compensatoire et équitable. La loi avait donc pour effet d'exercer contre elle une discrimination fondée sur son handicap, avec les conséquences qui s'ensuivent.

Dans d'autres contextes, la loi a en outre reconnu que la conscience, les croyances, les aspirations et les valeurs d'une personne modèlent la vie de cette dernière, et que le droit de respecter sa conscience, ses croyances, ses aspirations et ses valeurs, dans la mesure où elles s'appliquent aux actions propres à la personne, font partie intégrante de l'autonomie de cette dernière dans une société libre et démocratique. Ce principe a été reconnu dans l'arrêt *R. c. Morgentaler*.

La loi a de plus reconnu que le fait de contraindre une personne à un mode de vie qui viole ses valeurs, croyances et aspirations aurait pour effet de violer sa dignité personnelle. Toutefois, l'alinéa 241b) du Code criminel et des dispositions connexes ont pour effet que le principe ne s'applique pas aux personnes mourantes. À cet égard, la loi qui liait Sue Rodriguez et toute personne voulant l'aider se traduit par un traitement inégal de la conscience, des croyances, des aspirations et des valeurs. Par conséquent, la loi, en imposant un tel traitement inégal, se contredit essentiellement elle-même. Elle est donc coupable de la violation du principe de l'égalité et de la justice.

J'en viens au principe du bien de la personne. La nature précise de ce principe a soulevé une certaine controverse. La version généralement acceptée est à peu près celle-ci: toute personne a l'obligation d'aider autrui à réaliser ce qui est bien pour lui, là où la nature du bien en question est définie par la personne dont le bien est en cause, où là où ce bien est conforme aux valeurs de la personne.

En ce qui concerne Sue Rodriguez, il ne fait aucun doute qu'elle a défini ce qu'elle considèrerait comme étant «le bien». Elle l'a défini en fonction de valeurs qui intégraient l'idée qu'elle se faisait de la dignité de la personne. Ses valeurs n'étaient pas en contradiction avec une autre valeur généralement acceptée dans la société, à savoir que la souffrance ne devrait pas être prolongée au-delà de ce que la personne a la capacité de supporter.

On a notamment proposé à Sue Rodriguez de renoncer à sa demande d'une mort assistée et d'accepter à la place des soins palliatifs. M^{lle} Rodriguez a accepté les soins jusqu'à un certain point. Toutefois, on doit reconnaître que les soins palliatifs ont été présentés comme un moyen de répondre à sa demande ainsi qu'aux autres demandes du genre. Il s'agit d'une tentative essentiellement inappropriée de tenir compte du point de vue des personnes concernées. Une telle proposition ne s'attaque pas au cœur du problème. Le problème en cause avait trait non pas à la douleur ou à la souffrance physique, mais bien à la violation du sens qu'avait M^{me} Rodriguez de la dignité de la personne. Compte tenu des valeurs qui sous-tendaient son point de vue, Sue Rodriguez a rejeté une mort qui la privait de sa dignité et de sa maîtrise et qui, à l'égard de toutes les fonctions de sa vie, la rendaient dépendante d'autrui. Le fait de proposer qu'elle accepte

[Text]

and views. In other words, it was to suggest that the appropriate thing for her to do was to endure suffering.

This conclusion is not gainsaid by the claim that the nature of palliation is to remove suffering because that claim is false. It betrays a radical misunderstanding of suffering itself.

Suffering itself should not be understood in merely physical terms. The *Shorter Oxford English Dictionary* defines suffering *inter alia* as "the bearing or undergoing of pain, distress or tribulation"; and the definition of "suffer" includes the concept of grief. As the psychiatrist and ethicist Erich Lowey notes in his book on suffering, "suffering has a central psychological component that is essentially different from physical pain." It is this component of suffering that was at issue for Sue Rodriguez. It is this component that is at stake for others who are in her position.

Palliation might well assuage the experience of physical pain and discomfort. However, it cannot deal with the violation of the sense of dignity. More correctly, it can deal with suffering only by sedating the sufferer to the point that she or he would not experience that suffering.

This same logic would have us render unconscious those who suffer from the indignities of discrimination on the basis of handicap, but leave the fact of discrimination intact and then claim that the suffering itself has been dealt with because the awareness of it has been extinguished. It is morally perverse to suggest that this is to deal with suffering. It merely renders the sufferer unconscious or insensate.

The ethically appropriate way to deal with suffering engendered by discrimination on the basis of handicap is to remove the source of the suffering, namely, the indignity of the discrimination itself. And so with Sue Rodriguez. The ethically appropriate way for dealing with her suffering would have been to provide her with options that would allow her to end her suffering in keeping with her values. Palliation did not do that and others in her position face a similar issue. Becoming insensate and losing control violates the sense of dignity. Therefore, the suggestion of palliation as a remedy violates the very values it is supposed to protect.

I now turn to other cases. The case of Sue Rodriguez highlights the plight of someone who requested assisted suicide. I now turn to voluntary euthanasia. I do not know whether Sue Rodriguez ultimately died by her own hand, albeit with assistance, or whether she died by the agency of another person. I do know of cases where competent persons have reached a stage in their illness where continued life was unbearable and who therefore

[Traduction]

d'être gardée en vie à l'aide de soins palliatifs jusqu'à ce qu'elle meure sans sentir quoi que ce soit revenait à proposer qu'elle accepte un mode de vie accablant pour elle, étant donné ses valeurs et ses vues. En d'autres termes, on a laissé entendre qu'il était opportun pour elle de supporter la souffrance.

Une telle conclusion n'est pas justifiée par l'affirmation selon laquelle la nature même des soins palliatifs consiste à éliminer la souffrance, parce que cette affirmation est fausse. Elle trahit une méconnaissance radicale de la souffrance elle-même.

La souffrance ne devrait pas être entendue au sens purement physique. Dans le *Shorter Oxford English Dictionary*, on définit comme suit la souffrance, entre autres: « le fait de souffrir d'une douleur, d'une détresse ou d'une affliction, ou de la supporter »; et la définition du mot « souffrir » comprend la notion de peine. Ainsi que l'a écrit le psychiatre et éthicien Erich Lowey dans son ouvrage consacré à la souffrance, celle-ci comprend un aspect psychologique central essentiellement différent de la douleur physique. Pour Sue Rodriguez, c'est cet aspect de la souffrance qui était en cause. Pour les autres personnes qui sont dans sa situation, c'est également cet aspect qui est en cause.

Il est bien possible que les soins palliatifs permettent d'atténuer l'inconfort et la douleur physique. Cependant, ils ne peuvent rien contre la violation du sens de la dignité. De façon plus correcte, ils ne peuvent traiter la souffrance qu'en donnant à la personne qui souffre des sédatifs au point où elle n'éprouve plus de souffrance.

En vertu de la même logique, nous pourrions rendre inconscientes les personnes qui font face au traitement indigne que suppose la discrimination fondée sur le handicap. La discrimination demeurerait, mais on pourrait affirmer que la souffrance elle-même a été éliminée du fait que la personne n'y est plus sensible. Sur le plan moral, une telle proposition à l'égard du traitement de la souffrance est perverse. Elle ne vise qu'à rendre la personne qui souffre inconsciente ou insensible.

Sur le plan éthique, la manière adéquate de traiter la souffrance engendrée par la discrimination fondée sur le handicap consiste à éliminer la source de la souffrance, nommément l'indignité que constitue la discrimination elle-même. Voilà ce qu'on aurait dû faire dans le cas de Sue Rodriguez. On aurait pu traiter sa souffrance d'une manière appropriée sur le plan éthique en lui offrant des possibilités qui lui auraient permis de mettre fin à sa souffrance, conformément à ses valeurs. Les soins palliatifs n'offrent pas de telles possibilités. Il en va de même pour les personnes qui se trouvent dans une situation semblable à celle qu'a connue Sue Rodriguez. Le fait de devenir insensible et de perdre la maîtrise de soi viole le sens de la dignité. Par conséquent, le fait qu'on propose les soins palliatifs comme solution viole les valeurs mêmes que ces soins sont censés protéger.

J'en viens maintenant à d'autres cas. Le cas de Sue Rodriguez illustre la situation critique d'une personne qui revendique le droit à un suicide assisté. Je m'intéresserai maintenant à l'euthanasie volontaire. Je ne sais si, à la fin, Sue Rodriguez a elle-même mis fin à ses jours, ce qui supposerait qu'on lui ait prêté assistance, ou si une autre personne a été l'agent de sa mort. Je connais des cas où la maladie de personnes aptes s'est aggravée au point où le fait

[Texte]

requested that they be delivered from this life by a physician. I know of other cases where active voluntary euthanasia took place.

Many of the issues that arise under this rubric are extensions of the issues that arise under the heading of assisted suicide. This is not surprising.

In assisted suicide — and I ask this honourable committee's pardon for becoming even more academic, but in order to outline this properly I have no choice — a causal chain of events is initiated with the assistance of another person where the causal change itself stops short of including the person supplying the assistance. In voluntary euthanasia, the other person provides one further element of assistance, namely, agency. Therefore, voluntary euthanasia is simply the limiting form of assisted suicide.

It may be argued that the inclusion of the second party in the causal chain of events alters the situation. The intention of the second party is to bring about the death. Intentionally bringing about the death of another person is homicide. This, the argument then concludes, constitutes a fundamental difference. But such a remark misses the point. The intent in an assisted suicide is not to prolong the life of the person who wishes assistance; it is to bring about death as well. If this was not the intent in assisted suicide, then assistance would not be offered. Therefore, the intent is the same in both cases. What differs is the element of control. In assisted suicide, the person has final control over the completion of the causal change chain that leads to death; in voluntary euthanasia the control is passed from a person into the hands of another.

The new ethical question that arises is: Does the fact that control has been relinquished in voluntary euthanasia alter the nature of the circumstance to such a degree that while assisted suicide may be ethically defensible, voluntary euthanasia is not?

I submit that the crux of the matter is not even the issue of control. There are many situations in ordinary life where, once a sequence of events has been initiated, control passes out of our hands into the hands of another. Yet the ethical nature of the situation has not thereby changed. Medical treatment in general, and surgical intervention in particular, illustrates this. In these cases, once the request has been made and the action undertaken, control no longer resides with the patient but with the other person. The important consideration in these cases is not the absence of control once a chain of events has been initiated, but whether the transfer of control and the initiation of events was voluntary and on the basis of informed consent.

Of course there is an objection. In assisted suicide the point at which the decision becomes irreversible occurs one step later than in the question of voluntary euthanasia. There is one more chance to halt the evolution of the causal chain. The person who wants to die has final control in assisted suicide and may change her or his

[Translation]

de continuer à vivre est devenu insupportable. Elles ont donc demandé à ce qu'un médecin les délivre. Je connais d'autres cas où on a procédé à une euthanasie volontaire active.

Bon nombre de problèmes que soulève cette question prolongent celles qui se sont posées dans le cas du suicide assisté. Ce n'est pas une surprise.

Dans le suicide assisté — et je m'excuse auprès des honorables membres du Comité d'adopter un ton encore plus professoral, mais, pour exposer la question correctement, je n'ai pas d'autre choix — un enchaînement de cause à effet est mis en branle avec l'aide d'une autre personne, l'enchaînement s'interrompant au moment même où la personne qui prête son concours serait «impliquée». Dans l'euthanasie volontaire, l'autre personne pousse l'aide un peu plus loin, c'est-à-dire qu'elle devient l'agent. Par conséquent, l'euthanasie volontaire est simplement une forme plus limitée de suicide assisté.

On pourrait soutenir que l'inclusion de la deuxième partie dans la relation de cause à effet altère la situation. L'intention de la deuxième partie est de donner la mort. Le fait de donner intentionnellement la mort à quelqu'un constitue un homicide. Voilà, suivant la conclusion de l'argument, la différence fondamentale. Toutefois, une telle remarque passe à côté de l'essentiel. Dans un suicide assisté, l'intention n'est pas de prolonger la vie de la personne qui souhaite qu'on lui prête assistance; il s'agit également de donner la mort. Si telle n'était pas l'intention du suicide assisté, l'aide ne serait pas donnée. Par conséquent, l'intention est la même dans les deux cas. La différence tient à un élément de contrôle. Dans le suicide assisté, c'est la personne qui, en bout de ligne, décide de l'aboutissement final de l'enchaînement qui conduit à la mort; dans l'euthanasie volontaire, le contrôle passe d'une personne à une autre.

Sur le plan de l'éthique, la nouvelle question qui se pose est la suivante: le fait que, dans l'euthanasie volontaire, le contrôle ait été cédé altère-t-il la nature des circonstances à un point tel que le suicide assisté serait défendable du point de vue éthique, tandis que l'euthanasie volontaire ne le serait pas?

Je soutiens pour ma part que le noeud de la question n'a pas même trait au contrôle. Dans la vie de tous les jours, il existe de nombreuses situations où le contrôle, une fois qu'une séquence d'événements a été amorcée, passe d'une personne à une autre. Pourtant, la nature éthique de la situation n'a en rien été modifiée. Les traitements médicaux en général et les interventions chirurgicales en particulier illustrent le phénomène. Dans ces cas, une fois que la demande a été faite et que l'action a été entreprise, le contrôle revient non plus au patient, mais bien à une autre personne. Ce qu'il importe alors de considérer, c'est non pas l'absence d'un contrôle qui suit le déclenchement d'une chaîne d'événements, mais bien le transfert du contrôle et le fait que le déclenchement des événements a été volontaire et qu'il repose sur un consentement éclairé.

Bien entendu, il y a une objection. Dans le suicide assisté, le point à partir duquel la décision devient irréversible se produit un peu plus tard que dans le cas de l'euthanasie volontaire, c'est-à-dire à une étape ultérieure. On a donc une chance de plus d'interrompre la chaîne des événements. Dans le suicide assisté, la

[Text]

mind at the last minute. This is not the case in voluntary euthanasia.

This objection has two logical components: A claim about control and a claim about irreversibility. On both counts there is no ethically-relevant difference between the two. The same considerations also apply in the case of a patient who consents to surgical procedures. There is always the possibility — and this is recognized by the court in *Malette v. Shulman* — that the patient may change her or his mind and revoke consent. The nature of the intervention entails that under such circumstances this change of mind can no longer be communicated and the surgical intervention halted. In other words, the element of final control even here no longer resides with the patient.

Similar remarks are true about the refusal of life-saving interventions, for example, transfusion of blood. Once the patient has made an informed refusal and a physician acts on that basis, there will come a point where a reversal of the causal chain leading to death through exsanguination will no longer be possible. It is possible that the patient may change her or his mind after that stage, but then it will be too late. Nevertheless, as the courts have agreed in *Malette v. Shulman*, the existence of this possibility does not excuse the physician from acting on the direction of the patient. This point can be generalized.

If it were a requirement of ethical acceptability that all situations having a negative outcome had to be so structured that it was always possible for the patient to assert control and to halt the causal flow of events, then no intervention where control passes from patient to professional would ever be ethically defensible. That would make all medical intervention impossible. In all cases a point of irreversible transition of control is reached.

As to irreversibility itself, in all causal chains a point of irreversibility is reached. Therefore, if the aim of the objection is to focus on the fact of irreversibility, it also fails.

I come next to "Incompetent persons who previously competently requested that they be killed and now no longer are competent" — in other words, involuntary euthanasia with advance directives.

The honourable committee is familiar with section 15 of the Charter of Rights and Freedoms. The Charter applies for all Canadian people. These people, however, are not all the same. They differ in mental and material endowments and status. The thrust of the Charter, therefore, is that such difference in endowments or status do not constitute acceptable grounds for difference in treatment.

I want to focus my comments on mental disability.

The usual interpretation of "mental disability" centres on the concept of intelligence. I submit that this is too narrow. People differ not only in levels of intelligence, they also differ in levels of subjective awareness. This is central. To put it in a nutshell, it strikes me as morally perverse to suggest that the rights which

[Traduction]

personne qui souhaite mourir prend la décision finale et peut changer d'avis à la dernière minute. Il n'en va pas de même dans le cas de l'euthanasie volontaire.

Cette objection comporte deux aspects logiques: une affirmation au sujet du contrôle et une autre au sujet de l'irréversibilité. Sur le plan de l'éthique, il n'y a pas d'écart pertinent entre les deux. Les mêmes considérations s'appliquent au cas d'un patient qui consent à subir une procédure chirurgicale. Il est toujours possible — et la cour l'a reconnu dans l'arrêt *Malette c. Shulman* — que le patient change d'avis et révoque son consentement. Dans de telles circonstances, la nature de l'intervention est telle qu'il est impossible de communiquer ce changement d'avis et d'interrompre l'intervention chirurgicale. En d'autres mots, le contrôle final n'appartient plus au patient.

On pourrait tenir des propos analogues au sujet du refus d'interventions susceptibles de sauver la vie, par exemple les transfusions sanguines. Une fois qu'un patient a fait état d'un refus avisé et qu'un médecin a donné suite à sa volonté, un point viendra où il ne sera plus possible de renverser la chaîne des événements qui conduiront à la mort par suite d'une exsanguination. Il est possible que le patient change par la suite d'avis, mais il sera trop tard. Néanmoins, ainsi que les tribunaux l'ont reconnu dans l'arrêt *Malette c. Shulman*, l'existence de cette possibilité ne dispense pas le médecin d'agir suivant les directives du patient. On peut généraliser ce point.

Si, du point de vue de l'éthique, il existait une exigence suivant laquelle toutes les situations pouvant avoir une issue négative devaient être structurées de manière à ce que le patient puisse toujours demeurer en contrôle et interrompre l'enchaînement des événements, aucune intervention où le contrôle passe du patient au professionnel ne serait défendable sur le plan éthique. Il serait impossible de procéder à toute intervention médicale. Dans tous les cas, on atteint un point où la transition du contrôle est irréversible.

Quant à l'irréversibilité elle-même, elle est atteinte dans toutes les chaînes d'événements. Par conséquent, l'objection, si elle vise à mettre cette irréversibilité en relief, ne tient pas.

J'en viens aux personnes qui ne sont pas aptes qui, à l'époque où elles l'étaient encore, ont demandé à être tuées lorsqu'elles ne le seraient plus — en d'autres termes, à l'euthanasie involontaire avec directives données à l'avance.

Les honorables membres du Comité connaissent l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. La *Charte* s'applique à tous les Canadiens. Ceux-ci, toutefois, ne sont pas tous identiques. Leur statut et leur situation mentale et matérielle diffèrent. L'intention de la *Charte* est donc que de tels écarts dans le statut ou la situation des personnes ne constituent pas des motifs pouvant justifier un traitement différent.

Je veux centrer mes commentaires sur la déficience mentale.

L'interprétation habituelle de la «déficience mentale» porte principalement sur la notion d'intelligence. Je soutiens que cette interprétation est trop étroite. Les gens se distinguent non seulement par leurs niveaux d'intelligence, mais aussi par leurs niveaux de conscience subjective. Ce point est central. En bref, il

[Texte]

the Charter proclaims and that the protection it offers hold only on the condition that the people encompassed by the Charter be intellectually competent to claim them on their own behalf or suffer from a mental disability in an intellectual sense that allows others to claim these rights for them. Surely the level of consciousness and subjective awareness must also be included. Otherwise, every drowsy nod would shake the security of the person and every reduction in the level of subjective awareness would endanger the strength of our rights. Eternal vigilance would then not only be the price of liberty, it would be the price of our rights themselves.

Therefore, if the Charter's assurance of equality is understood in this wider sense, then those who are no longer conscious also fall under its sway. This means, then, that under the Charter, a previously competent person who has lapsed into a coma or has fallen into a reduced level of subjective awareness has constitutional assurance that this reduction will not affect the strength of her or his rights.

More particularly, therefore, if I have shown that competent persons have the right to decide whether they want to live or die, if it has been established that competent persons have the right to request assistance in suicide, and if further it has been established that competent people have the right to request euthanasia, then it follows that same right must also hold for persons who make such requests when they were competent but now are competent no longer. The principle of equality, ethically and juridically, would underwrite such an expectation. The request for deliberate death would therefore become a legitimate item for advanced health care directives.

The reason I deal with this is not for the sake of conceptual tidiness, but is based on two considerations. First, there are cases where advanced directives requesting deliberate death through inaction, i.e. passive euthanasia, have not been followed because the physicians in charge maintain that while such wishes must be followed when a person is conscious and able to confirm them, they need not be followed if the person is conscious no longer. I myself am familiar with these cases.

Second, the guidelines for euthanasia that are currently in place in the Netherlands require that patients must competently ask the attending physician for euthanasia. Previous requests, though competently executed and documented, will not suffice. Whatever else may be true about the Dutch approach, it is flawed in this respect. It discriminates on the basis of mental handicap centring in reduced level of consciousness. It would be unfortunate if a Canadian approach to euthanasia were to follow that example.

It is one thing to honour the wishes of a previously competent person when there are assurances that these wishes were competently and voluntarily expressed. It is another merely to assume that a previously competent person had certain wishes yet

[Translation]

me semble pervers sur le plan moral de laisser entendre que les droits établis et la protection offerte par la *Charte* ne s'appliquent qu'à condition que les personnes qu'elle vise soient aptes et en mesure de les revendiquer en leur propre nom, ou qu'elles soient atteintes, au sens intellectuel, d'une déficience mentale qui autorise d'autres personnes à revendiquer ces droits pour elles. Il ne fait aucun doute que le niveau de conscience et notamment de conscience subjective doit être pris en considération. Sinon, le moindre hochement de tête imputable à la somnolence mettrait en péril la sécurité de la personne, et tout fléchissement du niveau de la conscience subjective compromettrait l'intégrité de nos droits. Une vigilance éternelle serait non pas le prix de notre liberté, mais bien celui de nos droits eux-mêmes.

Par conséquent, si on entend dans ce sens plus large le droit à l'égalité que garantit la *Charte*, cette dernière s'applique également aux personnes qui ne sont plus conscientes. En vertu de la *Charte*, il s'ensuit alors qu'une personne qui a été apte et qui tombe dans le coma ou dans un niveau réduit de conscience subjective est assurée, en vertu de la Constitution, que l'intégrité de ses droits ne sera en rien réduite.

De façon plus particulière, si j'ai montré que les personnes aptes avaient le droit de choisir de vivre ou de mourir, qu'on a établi que les personnes aptes avaient le droit de revendiquer un suicide assisté et que, enfin, on a déterminé que les personnes aptes avaient le droit de demander à être euthanasiées, il s'ensuit donc que le même droit doit s'appliquer aux personnes qui ne sont plus aptes, mais qui ont fait une telle demande à l'époque où elles l'étaient. Sur le plan éthique et juridique, le principe de l'égalité garantirait une telle attente. En ce qui concerne les directives formulées par avance dans le domaine des soins de santé, les demandes visant une mort délibérée deviendraient donc légitimes.

Si je m'intéresse à cette question, c'est non pas pour des raisons d'ordonnance conceptuelle, mais bien pour les deux motifs qui suivent. Premièrement, il est arrivé qu'on n'ait pas respecté des directives établies par avance au sujet d'une mort délibérée causée par l'inaction, c'est-à-dire l'euthanasie passive, parce que les médecins traitants soutenaient que de tels vœux doivent être respectés lorsqu'une personne est consciente et capable de les confirmer, mais qu'ils n'ont pas à l'être lorsque la personne n'est plus consciente. Je connais bien ces cas.

Deuxièmement, les lignes directrices relatives à l'euthanasie actuellement en vigueur aux Pays-Bas obligent les patients à demander aux médecins traitants de les euthanasier au moment où ils sont aptes. Les demandes antérieures, même si elles ont été faites et documentées à l'époque où les personnes étaient aptes, ne suffisent pas. Quels que soient les mérites que la démarche néerlandaise peut avoir par ailleurs, cet aspect est déficient. La démarche a pour effet d'exercer une discrimination fondée sur un handicap mental imputable à une réduction du niveau de la conscience. Il serait malheureux que l'approche de l'euthanasie adoptée au Canada s'inspire de cet exemple.

C'est une chose de respecter la volonté d'une personne qui a été apte lorsqu'on a l'assurance que ses vœux ont été volontairement exprimés à l'époque où elle était apte. C'en est une autre de tenir simplement pour acquis qu'une personne qui a été apte souhaitait

[Text]

made no expression to this effect. It may well be argued that if a particular course of action was important to an individual, and if a certain set of values were the foundations of that person's life choices, then that person would have taken the trouble to inform others of this fact, especially if the matter at issue involved the difference between life and death.

I would therefore urge this honourable committee to proceed cautiously on the matter of proxy decision making for deliberate death. While I would urge this committee to accept that *ceteris paribus*, a proxy decision-maker ought always to follow the competently expressed wishes of a previously competent person, I would also urge this committee to accept that a proxy decision-maker ought never to proceed on the assumption that the incompetent person who had not expressed such a preference nevertheless would have opted for deliberate death, with one exception. The exception is based on the principle of impossibility. That principle is that one cannot have an obligation to do what is impossible to do under the circumstances. It finds legal reflection in the maxim that equity does not require the impossible.

Everyone is embedded in a social context, and that context shapes our expectations but also our values. There are two points that are important here, namely: The values are the primary determinate of how individuals will exercise a particular right, and second, that members of society usually come to accept the values of the society in which they are embedded.

It sometimes happens that people are no longer capable of applying their values to the options that confront them and to make a choice. In that case, of course, someone else must make the decision in their place, lest, for lack of a decision, the right of the individual should fail. In other words, under such circumstances, society has the obligation to provide for appropriate proxy decision making. All provinces have recognized this and have enacted relevant legislation.

However, making a decision involves the application of a value to the options that obtain. Consequently, if a proxy decision-maker has been given no values to use, the proxy cannot make a decision, in which case the proxy decision-maker is faced with the obligation of making a decision but not having the tools with which to make it.

Proxy decision-makers, therefore, have two options. They may use their own values, or they may use the values of the social context in which the incompetent person is embedded. For reasons that I have outlined elsewhere, the first is ethically unacceptable. The second is correct. It is the only way in which it is possible to exercise the right of choice for the now incompetent individual.

Therefore, I submit that people whose values differ from the societal context have an obligation to inform others that this is the case, lest for want of such notice they should be treated according to prevailing societal values and receive treatment which their values would label anathema. Correlatively, society has the right

[Traduction]

certaines choses qu'elle a omis de formuler. On pourrait bien soutenir que si un plan d'action particulier revêt de l'importance aux yeux d'une personne, et qu'un certain ensemble de valeurs sous-tendaient les choix de vie faits par la personne en question, celle-ci se serait donné la peine d'en informer autrui, particulièrement s'il s'agissait d'une question de vie ou de mort.

Je presse donc les honorables membres du Comité d'agir avec prudence en ce qui concerne les décisions prises par un mandataire dans les cas de mort délibérée. Même si je presse les membres du Comité d'accepter, toutes choses étant par ailleurs égales, qu'un mandataire soit toujours tenu de respecter les vœux exprimés par une personne tandis qu'elle était apte, je les presse également d'accepter qu'un mandataire ne puisse jamais agir en tenant simplement pour acquis que la personne inapte qui n'a pas exprimé de préférence à ce sujet aurait néanmoins opté pour une mort délibérée, à une exception près. L'exception repose sur le principe de l'impossibilité. Ce principe est le suivant: nul ne peut être tenu de faire l'impossible, quelles que soient les circonstances. Sur le plan juridique, la maxime suivante fait écho à ce principe: «À l'impossible, nul n'est tenu.»

Chacun s'inscrit dans un contexte social, et ce contexte modèle non seulement nos attentes, mais aussi nos valeurs. Ici, deux points sont importants, soit: les valeurs sont les premiers facteurs qui déterminent comment des personnes exerceront un droit particulier et, deuxièmement, les membres de la société en viennent habituellement à accepter les valeurs de la société à laquelle ils appartiennent.

Il arrive parfois que des gens ne soient plus en mesure d'appliquer leurs valeurs aux options qui s'offrent à eux et de faire un choix. Dans ce cas, bien entendu, quelqu'un d'autre doit prendre une décision à leur place, de crainte que, faute d'une décision, le droit de la personne ne soit mis en péril. En d'autres termes, la société a, dans de telles circonstances, l'obligation de prévoir qu'une personne dûment mandatée prenne la décision. Toutes les provinces, ayant reconnu ce fait, ont adopté des mesures législatives pertinentes.

Cependant, le fait de prendre une décision suppose l'application d'une valeur aux options qui s'appliquent. Par conséquent, si on n'a confié au mandataire aucune valeur qu'il puisse utiliser, ce dernier ne peut prendre une décision. Dans ce cas, il fait face à l'obligation de prendre une décision sans disposer des outils pour le faire.

Les mandataires ont donc deux options. Ils peuvent utiliser leurs propres valeurs ou celles qui sont en vigueur dans la société à laquelle appartient la personne qui n'est plus apte. Pour des raisons que j'ai soulignées ailleurs, la première possibilité est inacceptable sur le plan éthique. La deuxième est correcte. C'est là le seul moyen de choisir pour le compte de la personne qui n'est plus apte.

Par conséquent, je soutiens que les personnes dont les valeurs diffèrent de celles de la société ont l'obligation d'en informer autrui de crainte que, si elles ne le font pas, elles pourraient être traitées selon les valeurs sociales dominantes et recevoir un traitement qui, au regard de leurs valeurs, serait l'anathème.

[Texte]

to assume that people who have not given indication of such difference share the prevailing societal values.

This brings me to the exception. If previously competent persons have made no disposition, if a decision must be made, and if, finally, the prevailing societal values would be in favour of deliberate death under the circumstances, then the duly empowered proxy decision-maker must request deliberate death. In fact, for the proxy not to act in this fashion or for society to refuse to honour such a proxy request would be for society to discriminate against the incompetent person on the basis of handicap.

It follows, therefore, that there may be circumstances under which involuntary euthanasia is ethically mandated even in the absence of an advance directive. However, these circumstances must be carefully circumscribed and delimited, and in each case there must be no reasonable doubt that society's values go in that direction, and that under these circumstances these values would favour deliberate death.

Once again, the reason for this is not academic. The Dutch model does not permit euthanasia if the person has not previously and competently expressed a decision in favour of deliberate death. Also, there is a series of cases in the U.S. in which life-sustaining efforts were continued by court order even though it was clear that these efforts were medically inappropriate and out of keeping with prevailing societal valuational perspectives.

I want to go back to passive euthanasia for a moment. If passive euthanasia is ethically permissible, then it would be important to ensure that the previously competent person who has not given an advance directive as to deliberate death, who has not given an unequivocal indication of her values, will not be kept alive under circumstances where the rest of society would opt for death.

With due alterations, these remarks also apply in the case of congenitally incompetent individuals.

I turn to the distinction between passive and active euthanasia. A lot of what I have argued had been predicated on the assumption that the difference between active and passive euthanasia, while psychologically comforting, is ethically of no import. It would be disingenuous to suggest either that such a claim needs merely to be stated in order to be acceptable or that it stands unopposed.

Given the nature of my presentation, I shall only sketch my reasoning here. For a full analysis, I refer this honourable committee to what I have written and published on the subject elsewhere.

[Translation]

Corrélativement, la société a le droit de tenir pour acquis que les personnes qui n'ont pas fait état de telles différences partagent les valeurs sociales dominantes.

Voilà qui m'amène à l'exception. Si une personne qui a été apte à prendre une décision n'a pris aucune disposition, qu'une décision doit être prise et que, finalement, les valeurs sociales dominantes iraient dans le sens d'une mort délibérée dans les circonstances, le mandataire dûment habilité devrait alors demander qu'on mette délibérément fin à la vie de la personne. En réalité, le fait que le mandataire n'agisse pas de cette manière ou que la société refuse de donner suite à une telle demande présentée par un mandataire équivaldrait, de la part de la société, à exercer une discrimination fondée sur le handicap contre la personne inapte à prendre une décision.

Il s'ensuit donc qu'il existe des circonstances dans lesquelles une euthanasie involontaire s'impose sur le plan éthique, même en l'absence de directives préparées à l'avance. Cependant, de telles circonstances doivent être soigneusement circonscrites et délimitées, et, dans chacun des cas, on doit être assuré, hors de tout doute raisonnable, que les valeurs de la société vont dans ce sens et que, dans les circonstances, une mort délibérée s'impose, compte tenu de ces valeurs.

Une fois de plus, la raison n'a rien de théorique. Le modèle néerlandais n'autorise pas l'euthanasie si la personne n'a pas antérieurement choisi une mort délibérée, à l'époque où elle était apte à prendre une telle décision. De même, on a assisté aux États-Unis à une série de cas où les tribunaux ont ordonné la poursuite des efforts visant à assurer le maintien de la vie même s'il était clair que de tels efforts étaient inopportuns sur le plan médical et contraires aux valeurs sociales dominantes.

Je veux brièvement revenir sur l'euthanasie passive. Si l'euthanasie passive est permissible sur le plan éthique, il serait important de veiller à ce que la personne auparavant apte à prendre une décision qui n'a pas préparé de directives relativement à une mort délibérée et qui n'a pas donné d'indications sans équivoque quant à ses valeurs ne soit pas maintenue en vie dans des circonstances où les membres du reste de la société opéreraient pour la mort.

Avec les modifications qui s'imposent, ces remarques s'appliquent également au cas des personnes inaptes à prendre une décision pour des raisons congénitales.

J'aborderai maintenant la distinction établie entre euthanasie passive et euthanasie active. Bon nombre des arguments que j'ai avancés reposent sur l'hypothèse suivant laquelle la distinction entre euthanasie active et euthanasie passive, même si elle offre un certain réconfort sur le plan psychologique, est inopportune sur le plan de l'éthique. Il serait malhonnête de laisser entendre qu'il suffit de faire une telle affirmation pour qu'elle soit acceptable ou incontestée.

Étant donné la nature de mon exposé, je me contenterai d'esquisser à grands traits mon argumentation. Les honorables membres du Comité trouveront une analyse complète de la question dans ce que j'ai écrit et publié ailleurs.

[Text]

Again, I must beg this committee's indulgence for being extremely academic, but I shall begin by looking at the notion from the perspective of causality. From this perspective, it is sometimes argued that there is a fundamental difference between active and passive euthanasia. While in both instances, so it is argued, death is the outcome. In active euthanasia the causal chain is materially initiated by a person other than the patient, whereas in passive euthanasia, an already established chain of events is allowed to proceed unimpeded to the fatal outcome. However, to see this alleged difference in causality as determining the ethical difference is fundamentally mistaken.

It is generally recognized that the very same act may have different ethical status depending on the context in which it occurs. For instance, cutting someone's face is assault and battery when it occurs without permission, an accident when it results from a slip, and cosmetic surgery when it occurs with the permission of the patient and under agreed-to conditions. The difference is recognized even in law as it stands.

It is also well recognized in ethics that the failure to do something does not in itself excuse the person who fails to intervene from responsibility for the outcome. What effects the moral status of a causal chain is whether it was possible to intervene and whether it was ethically appropriate to intervene.

One can be the cause by actually doing something, as when a physician gives a drug to which the patient accidentally is allergic and the patient then dies as a result, or one can be the cause of a state of affairs by not doing something, as when the physician simply stands by and watches a patient who has gone into fibrillations without lifting a finger. In both instances the ethically relevant fact is that the physician was in a position to do something.

In the first case that I gave you, the physician did do something. She gave the drug, and, by the action, altered the chain of events in such a way that the state of affairs would not have come about had she not acted. In a very clear and obvious sense, the physician here was the determinant of that state of affairs.

That is equally as true in the second case, even though the physician stood by and did nothing. The physician was in a position to interfere by taking appropriate steps but did not do so, and this very non-intervention led to a different state of affairs from the one that would have existed had she interfered. Therefore, the non-intervention determined the death. By that non-action, the physician became responsible for the outcome.

Therefore, what determines ethical responsibility is not whether an action occurs or not, which is a matter of physics, but whether the person is in a position to influence the causal chain of events as it is unfolding and whether the person is ethically obligated to influence it. This of course also finds reflection in the law of negligence.

[Traduction]

Une fois de plus, je m'excuse auprès des membres du Comité d'adopter un ton extrêmement professoral, mais je commencerais par examiner la notion du point de vue de la causalité. Dans cette perspective, on soutient parfois qu'il existe une différence fondamentale entre euthanasie active et euthanasie passive. Même si, dans les deux cas — c'est du moins ce qu'on soutient — la mort en est le résultat. Dans l'euthanasie active, l'enchaînement de cause à effet est matériellement enclenché par une personne autre que le patient, tandis que dans l'euthanasie passive, on permet le déroulement d'un enchaînement de cause à effet déjà établi jusqu'à son aboutissement fatal. Toutefois, le fait de considérer cette différence supposée sur le plan de la causalité comme un facteur qui établit une différence sur le plan éthique constitue une erreur fondamentale.

De façon générale, on reconnaît qu'une même action peut avoir un statut différent sur le plan éthique, selon le contexte. Par exemple, lorsque quelqu'un lacère le visage d'une autre personne sans son consentement, on parle de coups et blessures. Lorsque les lacérations résultent d'une chute, on parle d'un accident. Enfin, lorsque les lacérations sont autorisées par un patient en vertu de conditions préétablies, on parle de chirurgie esthétique. Dans l'état actuel du droit, on reconnaît cette différence.

Dans le domaine de l'éthique, il est également admis que le fait de n'avoir pas fait une chose ne suffit pas en soi à dégager la personne qui a omis d'intervenir de la responsabilité du résultat. Pour déterminer le statut moral de la relation de cause à effet, on se demande s'il était possible d'intervenir et s'il était opportun d'intervenir sur le plan éthique.

On peut être la cause d'un événement sans faire quoi que ce soit, comme lorsqu'un médecin, par accident, prescrit un médicament à un patient qui y est allergique et que ce dernier en meurt, aussi bien qu'en ne faisant rien, comme lorsqu'un médecin se contente d'observer un patient qui entre en fibrillation sans lever le petit doigt. Dans les deux cas, le fait qui importe sur le plan éthique, c'est que le médecin était en mesure de faire quelque chose.

Dans le premier cas que je vous ai présenté, le médecin a fait quelque chose. Elle a prescrit un médicament et, de ce fait, altéré la chaîne des événements: si elle n'avait rien fait, la situation ne se serait pas produite. De façon très claire et évidente, le médecin a été à l'origine de la situation.

Dans le deuxième cas, cela est également vrai, même si le médecin s'est contenté d'observer en ne faisant rien. Le médecin était en mesure d'agir en prenant des mesures appropriées, mais il n'a rien fait, et c'est cette non-intervention même qui a produit une situation différente de celle à laquelle on aurait assisté si elle était intervenue. Par conséquent, la non-intervention a déterminé la mort. En n'agissant pas, le médecin est devenu responsable du résultat.

Ce qui détermine la responsabilité sur le plan éthique, c'est non pas le fait qu'une action se soit produite ou non, ce qui n'est qu'une question de physique, mais bien celui qui consiste à établir si une personne était en mesure d'exercer une influence sur une chaîne d'événements à mesure que ceux-ci se déroulaient et si la personne était tenue, du point de vue de l'éthique, d'exercer une

[Texte]

If we apply this to euthanasia, we note that in passive euthanasia, a person, usually a physician, fails to intervene in a lifesaving or sustaining capacity. By failing to intervene, the person ensures that the established chain of events will unfold to its fatal outcome. Given the ability of the person to intervene, that person then is responsible for the outcome.

In fact, the general philosophy on so-called passive euthanasia, namely, allowing nature to take its course, may be expressed like this: Because the condition of the patient is what it is, because the history and nature of the disease or condition is such and so, and because the medico-social circumstances are what they are, therefore death is expected to occur if treatment is suspended. Physicians who make such a decision expect that only a miracle could alter the chain of events which foreseeably will lead to death. However, that is the same assumption that underlies positive interference. When a physician acts positively, the physician expects that, except for a miracle, the laws of nature, together with their own causal determination, will yield a fatal outcome.

In each case there is the clear expectation of a fatal outcome. It may be unstated, but it is there. In each case the physician operates on the assumption that the laws of nature continue to operate in their usual course and that the disease or condition will proceed in its usual fashion. There may be an awareness that some unforeseen or undiagnosed parameter might intervene and change the course of events. The physician may even hope that this will happen, but that is not what he or she expects will happen. If he or she did expect that, he or she would be remiss as a physician in not doing what was possible in order to bring that about. I believe that's called professional negligence.

The decision to adopt a passive stance and let nature take its course is made in a climate of diagnostic and prognostic certainty. Otherwise, the physician could not meaningfully talk about letting nature take its course.

Hence, the central question about active and passive euthanasia is not one of causality. Nor is it one of responsibility. It is not even one of intent. Physicians who allow nature to take its course and merely engage in palliation do so, as I said, in the full knowledge that palliation will not retard the dying process and may even accelerate it. They undertake the palliation despite this knowledge. The death and its hastening are accepted as the price of palliation itself. The death of the patient is included in the intention that guides palliative physicians. Only a psychological mechanism of distancing and alienation could hide the inclusion of death.

To repeat: What is at issue is not causality or responsibility or intent. What is at issue is whether the expected outcome should eventuate in the first place. Here current practice and standard ethical norms provide unequivocal guidance. The Canadian

[Translation]

telle influence. Bien entendu, cette situation trouve des échos dans les règles de droit relatives à la négligence.

Si nous appliquons un tel raisonnement à l'euthanasie, nous notons que, dans le cas de l'euthanasie passive, une personne, habituellement un médecin, omet d'intervenir dans une capacité qui aurait pour effet de sauver ou de maintenir la vie d'un patient. En omettant d'intervenir, la personne veille à ce que la chaîne d'événements établie se déroule jusqu'à son aboutissement fatal. Étant donné la capacité qu'elle a d'intervenir, cette personne est alors responsable du résultat.

En fait, les principes généraux qui sous-tendent ce qu'on a appelé l'euthanasie passive, c'est-à-dire permettre à la nature de suivre son cours, peuvent être exprimés comme suit: étant donné l'état du patient, l'histoire et la nature de la maladie ou de l'affection et les circonstances médico-sociales, la mort est le résultat attendu si le traitement est suspendu. Les médecins qui prennent une telle décision estiment que seul un miracle pourrait altérer la chaîne d'événements qui, selon toute vraisemblance, conduira à la mort. Toutefois, la même hypothèse sous-tend l'interférence positive. Agissant de la sorte, un médecin s'attend à ce que, à moins d'un miracle, les lois de la nature, conjuguées à leur propre détermination causale, produiront un résultat fatal.

Dans un tel cas, on s'attend clairement à un résultat fatal. Même non-formulée, cette attente existe. Dans chacun des cas, le médecin agit en tenant pour acquis que la nature continuera de suivre son cours et que la maladie ou l'affection évoluera suivant sa progression habituelle. Il se peut qu'on soit conscient du fait que quelque paramètre imprévu ou non diagnostiqué puisse se manifester et modifier le cours des événements. Il se peut même que le médecin espère que cela se produira, mais il n'y compte pas. Si tel était le cas, il ferait preuve de négligence en ne faisant pas tout ce qui est possible pour qu'une telle situation se produise. Je pense que c'est ce qu'on appelle la négligence professionnelle.

La décision d'adopter une attitude passive et de laisser la nature suivre son cours est prise dans un climat de certitude sur le plan du diagnostic et du pronostic. Autrement, le médecin ne pourrait songer de manière crédible à laisser la nature suivre son cours.

Ainsi, la question centrale qui se pose au sujet de l'euthanasie active et de l'euthanasie passive n'a pas trait à la causalité, non plus qu'à la responsabilité. Elle n'a pas même trait à l'intention. Les médecins qui permettent à la nature de suivre son cours et qui se contentent de recourir aux soins palliatifs agissent ainsi, comme je l'ai indiqué, tout en sachant parfaitement bien que ces soins ne retarderont pas la mort et qu'ils risquent même de la précipiter. Ils recourent aux soins palliatifs malgré cette connaissance. La mort et la précipitation de celle-ci sont acceptées comme prix des soins palliatifs eux-mêmes. La mort du patient fait partie de l'intention qui guide les médecins qui recourent aux soins palliatifs. Seul un mécanisme psychologique de distanciation et d'aliénation pourrait empêcher l'inclusion de la mort.

Je répète: il ne s'agit ici ni de causalité, ni de responsabilité, ni d'intention. Ce qui importe, c'est d'abord et avant tout de déterminer si le résultat attendu devrait se produire. Ici, les pratiques actuelles et les normes éthiques habituelles fournissent

[Text]

Medical Association's acceptance of passive euthanasia and its endorsement by religious groups such as the Catholic church indicate a consensus on the proposition that sometimes it is ethically appropriate that death should occur even though it could be prevented.

Furthermore, current standards of palliation permit the use of narcotic analgesics and related medicaments even though their use may hasten death. To hasten death is not only to determine that death will occur without further intervention, it is, as I said, precisely to hasten. Therefore, the ethical position that permits palliation is the position that it is sometimes ethically appropriate not only to be the causal determinant of death, but also to speed the process on its way.

From this it follows that the very philosophy which underlies palliation and the philosophy that underlies the cessation of treatment legitimates the ethics of deliberate death. Since active and passive euthanasia are ethically on a par with respect to causality, intent and responsibility, and since deliberate death is engendered through palliation and the adoption of a passive stance, it follows that active euthanasia must be accepted as ethically defensible as well.

By way of closing this part of my presentation, I should like to take a brief note of a ditty that is frequently adduced by physicians as capturing the distinction between active and passive euthanasia. It goes like this:

Thou shalt not kill, but needst not strive
Officially to keep alive.

It is ironic that these words should be adduced in defence of passive euthanasia. They were never intended to have that force. On the contrary, they were intended as a derisive condemnation of the distinction itself. They are part of a satiric poem called *The Latest Decalogue* by Arthur Hugh Clough (1819 to 1869). The poem goes like this:

Thou shalt have been God; who
Would be at the expense of two?
No graven images may be
Worshipped, except the currency.
Swear not at all; for, for they curse
Thine enemy is none the worse.
At Church on Sunday to attend
Will serve to keep the world thy friend.
Honour thy parents; that is, all
From whom advancement may befall.
Thou shalt not kill; but needst not strive
Officially to keep alive.
Do not adultery commit;
Advantage rarely comes of it.
Thou shalt not steal: an empty feat
When it's so lucrative to cheat.
Bear not false witness; let the lie

[Traduction]

une orientation sans équivoque. L'acceptation de l'euthanasie passive par l'Association médicale canadienne et l'appui qu'accorde l'Église catholique à cette pratique indiquent que la proposition suivante fait consensus: parfois, il est opportun, du point de vue éthique, de laisser mourir une personne, même si sa mort aurait pu être empêchée.

En outre, les normes actuelles relatives aux soins palliatifs permettent l'utilisation d'analgésiques narcotiques et de médicaments connexes, même si leur utilisation peut avoir pour effet de précipiter la mort. Or, le fait de précipiter la mort consiste non seulement à établir que la mort se produira si on n'intervient pas davantage, mais aussi, comme je l'ai dit, à la hâter. Par conséquent, la position éthique qui permet les soins palliatifs est une position qui, parfois, est inopportune du point de vue éthique, non seulement parce que les soins palliatifs pourraient être cause de la mort, mais aussi parce qu'ils pourraient en accélérer le processus.

Il s'ensuit que les principes mêmes qui sous-tendent les soins palliatifs et l'interruption des traitements légitiment l'éthique de la mort délibérée. Comme l'euthanasie active et l'euthanasie passive sont, du point de vue éthique, sur le même pied en ce qui concerne la causalité, l'intention et la responsabilité, et comme la mort délibérée est engendrée par le recours aux soins palliatifs et l'adoption d'une attitude passive, il s'ensuit que l'euthanasie active doit également être acceptée sur le plan éthique.

En guise de conclusion à cette partie de mon exposé, j'aimerais évoquer des vers fréquemment cités par les médecins pour établir la distinction entre euthanasie active et euthanasie passive. Les voici:

Tu ne commettras pas de meurtre; mais tu ne te tueras pas
non plus
Pour garder autrui en vie.

Il est ironique que ces mots soient cités à la défense de l'euthanasie passive. Ils n'ont jamais eu pour but de servir une fin aussi forte. Au contraire, ils visaient à condamner la distinction elle-même sur un mode dérisoire. Les vers font partie d'un poème satirique d'Arthur Hugh Clough (1819-1869) intitulé *The Latest Decalogue*. Le poème se lit comme suit:

Un seul Dieu tu adoreras;
Car qui pourrait en servir deux?
Aucune idole n'adoreras
Exception faite de l'argent.
Le nom de Dieu, en vain, ne proféreras
Tes malédictions n'auront aucun effet sur ton ennemi.
À l'église, dimanche, tu iras
Et le monde sera ton ami.
Père et mère tu honoreras
Et tous ceux qui peuvent te procurer de l'avancement.
Tu ne commettras pas de meurtre; mais tu ne te tueras pas
non plus
Pour garder autrui en vie.
Tu ne commettras pas d'adultère;
Il est rarement avantageux de le faire.
Tu ne commettras pas de vol: c'est inutile
Quand il est si payant de tricher.

[Texte]

Have time on its own wings to fly.
 Thou shalt not covet; but tradition
 Approves all forms of competition.
 The sum of all is, Thou shalt love,
 If anybody, God above.
 At any rate, shalt never labour
 More than thyself to love thy neighbour.

I believe no further comment is necessary.

I turn to the role of the physician.

The Chairman: Dr. Kluge, may I interrupt for a minute. I probably misled you by saying that there would be an hour and a half. I see you have a substantial bit more material to present to us.

I should have told you that we wanted a presentation which would allow sufficient time for questions within that hour and a half.

Would it be acceptable if we stopped here, and we would be more than happy to have you back at a later time to deal with the balance of your presentation.

I am in the hands of the committee too, but I am sure the committee would like to ask some questions and we are going to run out of time because we still have one more witness.

Mr. Kluge: If the honourable senator will permit me to sum up the remainder and submit the rest as written presentation or to appear at another time, I would be more than happy to do that.

The Chairman: I see you have two more sections; one on the role of physician, which I would be happy to hear, and then considerations for possible legislation. I would certainly like that to be left to another time. Perhaps this is the better time to stop.

Senator Beaudoin: It all depends. If we are going to have the text of Dr. Kluge, it would be very helpful if he could come back.

Senator Lavoie-Roux: Do you have the text?

The Chairman: We have only the English version.

Senator Lavoie-Roux: Why did you not have it copied in order that we could follow? It was very hard for me to follow all of this in English, and we did not even get a copy of it.

Mr. Kluge: My apologies, madam.

Senator Lavoie-Roux: It is not you.

Mr. Kluge: I only had a week to prepare a very rough presentation.

Senator Lavoie-Roux: It is not you. They say they have a copy.

The Chairman: I did not even realize we had the copy here right now.

Senator Lavoie-Roux: It's not you.

[Translation]

Tu ne déposeras pas de faux-témoignage;
 Laisse le mensonge faire son oeuvre.
 Tu ne convoiteras pas la maison de ton prochain; mais la tradition
 Approuve toutes les formes de compétition.
 En résumé, si tu aimes quelqu'un,
 Que ce soit Notre Père du Ciel.
 Quoiqu'il en soit, tu ne te décarcasseras pas
 Pour aimer ton prochain plus que toi-même.

Inutile de commenter plus avant.

J'en viens maintenant au rôle du médecin.

La présidente: Monsieur Kluge, puis-je vous interrompre pendant une minute. Je vous ai probablement induit en erreur en vous disant que nous disposions d'une heure et demie. Je vois que vous avez encore pas mal d'information à nous communiquer.

J'aurais dû vous dire qu'une période de questions était prévue dans l'heure et demie consacrée à votre exposé.

Accepteriez-vous de vous arrêter là, et nous nous ferons un plaisir de vous réinviter pour que vous puissiez terminer votre exposé.

Mon sort est aussi entre les mains du comité, mais je suis sûr que les membres aimeraient poser des questions et que nous allons manquer de temps, parce qu'il y a encore un témoin à accueillir.

M. Kluge: Si l'honorable sénateur me permet de résumer le reste et de le présenter dans un exposé écrit ou dans un témoignage ultérieur, cela me conviendrait parfaitement.

La présidente: Je vois que vous avez deux sections encore à aborder : une sur le rôle du médecin, que j'écouterai avec plaisir, et une autre, sur les dispositions législatives possibles. J'aimerais certainement que cela soit remis à une autre date. Peut-être est-ce le meilleur moment de nous arrêter.

Le sénateur Beaudoin: Cela dépend. S'il est prévu que nous ayons le texte de M. Kluge, il serait très utile qu'il revienne.

Le sénateur Lavoie-Roux: Avez-vous le texte?

La présidente: Nous avons seulement la version anglaise.

Le sénateur Lavoie-Roux: Pourquoi ne l'avez-vous pas fait photocopier pour que nous puissions suivre? J'ai eu beaucoup de peine à suivre tout cela en anglais, et nous n'en avons même pas reçu une copie.

M. Kluge: Mes excuses, madame.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce n'est pas vous.

M. Kluge: J'ai eu une semaine seulement pour préparer un exposé qui est essentiellement à l'état «brut».

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce n'est pas vous. Ils disent qu'ils ont une copie.

La présidente: Je ne savais même pas que nous avions une copie ici, en ce moment.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce n'est pas vous.

[Text]

The Chairman: It's quite all right, Dr. Kluge. That is our fault.

Senator Beaudoin: Just by way of procedure, I think that it is very helpful to have the text, when possible. If this witness is prepared to come back, and if we can have the text before he comes back, the exchange of views would be much more fruitful, because there is a lot in your testimony.

The Chairman: There is a great deal. I may say, Dr. Kluge, that the committee is making tentative plans to visit the West Coast in early June. If you happen to be there at that time we could hear you again there on the balance of your presentation. That would leave us a little time now to pose questions.

Senator Beaudoin: If he could summarize in a few minutes, it would be very helpful to us.

The Chairman: I think this next section in particular would be very helpful. If you could conclude with the role of the physician that may be the best thing to do. We can leave the portion about the legislation to a later date.

Mr. Kluge: May I request that the committee accept the remaining portion which I have not read as being presented?

The Chairman: Certainly.

Senator Lavoie-Roux: Madam Chairman, could we ask that a copy of this be made for us immediately. It may be easy for the others. This is a very interesting, dense presentation. I could ask few questions, but I have missed so many elements.

The Chairman: I am sorry. I did not even know they were here. I think Mr. Levy was concerned because he only had them in English.

Senator Lavoie-Roux: Oh no, never worry about this. I can read English.

Mr. Kluge: Madam Chairperson, if I may, the text that Mr. Levy has has some handwritten corrections which I would like the opportunity to correct.

The Chairman: I am sure we can deal with those.

Mr. Kluge: Very good. But if the committee will accept this as read, I am perfectly willing to assist the committee, either by summarizing or answering questions.

The Chairman: We now have the complete text. Dr. Kluge has completed to the end of page 26 of the text. The next few pages are on the role of the physician. Would you rather put some questions to Dr. Kluge now, or have him deal with that next section on the role of the physician and we will prepare our questions when we have been able to study this? What is your choice?

Senator Corbin: Madam Chairman, I regret we have to cut the witness off in full flight. I feel embarrassed by this. I would have preferred that we allow him to continue. At this stage I think we owe him the courtesy of the minimal option of allowing him to summarize the rest of his text. I was attentively listening to the logic of his presentation and I feel frustrated by the

[Traduction]

La présidente: Ne vous en faites pas, Monsieur Kluge. C'est notre faute.

Le sénateur Beaudoin: Ne serait-ce que pour la forme, je crois qu'il serait très utile d'avoir le texte, quand cela est possible. Si ce témoin est prêt à revenir et si nous pouvons avoir le texte avant qu'il ne revienne, l'échange serait beaucoup plus fructueux, parce qu'il y a beaucoup de choses dans votre témoignage.

La présidente: C'est énorme. Je dois vous dire, Monsieur Kluge, que le comité projette de visiter la côte ouest au début du mois de juin. Si vous y êtes à ce moment-là, nous pourrions entendre le reste de votre exposé. Cela nous laisserait maintenant un peu de temps pour poser des questions.

Le sénateur Beaudoin: S'il pouvait résumer l'exposé en quelques minutes, cela nous serait très utile.

La présidente: Je crois que la prochaine section en particulier serait très utile. Si vous terminiez avec le rôle du médecin, ce serait peut-être la meilleure chose. Nous pouvons laisser à plus tard la partie sur les dispositions législatives.

M. Kluge: Puis-je demander que le comité accepte le reste de mon exposé, la partie que je n'ai pas lue, comme s'il avait été présenté?

La présidente: Certainement.

Le sénateur Lavoie-Roux: Madame la présidente, est-il possible de demander qu'une copie soit faite pour nous immédiatement. Cela est peut-être facile pour les autres. C'est un exposé très intéressant et dense. Je pourrais poser quelques questions, mais tant d'éléments m'ont échappé.

La présidente: Je m'en excuse. Je ne savais même pas qu'ils étaient ici. Je crois que M. Levy s'inquiétait parce qu'il avait seulement la version anglaise.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oh non, ne vous en faites jamais à ce sujet-là. Je peux lire l'anglais.

M. Kluge: Madame la présidente, si vous me le permettez, le texte de M. Levy porte des corrections manuscrites que j'aimerais pouvoir corriger.

La présidente: Je suis sûre que cela n'a pas d'importance.

M. Kluge: Très bien. Mais si le comité accepte l'exposé tel que lu, je suis tout à fait disposé à lui venir en aide, en résumant l'exposé ou en répondant aux questions.

La présidente: Nous avons maintenant le texte complet. M. Kluge en est à la page 26 du texte. Les quelques pages qui suivent portent sur le rôle du médecin. Préférez-vous poser dès maintenant quelques questions à M. Kluge ou encore lui demander qu'il aborde cette partie sur le rôle du médecin; et nous pourrions préparer nos questions après avoir étudié la matière? Que choisissiez-vous?

Le sénateur Corbin: Madame la présidente, je regrette que nous soyons obligés d'interrompre le témoin en pleine envolée. Cela me gêne. J'aurais mieux aimé qu'il puisse continuer. Au point où nous en sommes, je crois que nous lui devons tout au moins une courtoisie, soit de lui permettre de résumer le reste de son texte. Je suivais attentivement la logique de son exposé et je

[Texte]

suggestion that we put a stop to this right now. The last part appears to me to be the one that contains the substance to which we are looking forward. My minimum choice would be that we allow him to summarize rather than cutting him off just like that.

The Chairman: I think that is a very appropriate way to go, Dr. Kluge. If you would like to go ahead, we can follow with the text.

Mr. Kluge: Thank you very much, but I cannot summarize the draft proposal for legislation. That is simply too dense, too convoluted, to be able to summarize. I will suggest that the committee either accept that or ask me back at another time to present that in detail.

Senator Corbin: I think he ought to be asked back.

The Chairman: By all means.

Senator Corbin: That in itself will keep us busy for perhaps half a day.

Senator Beaudoin: I agree with the witness. It is so advanced that I cannot see how it can be summarized in two minutes. It is impossible.

Mr. Kluge: I can summarize the role of the physician very briefly.

The Chairman: Let us do that part then, Dr. Kluge.

Mr. Kluge: With respect to the role of the physician, I simply address the issue of whether the Hippocratic oath entails that physicians may not actively bring about death. I point out that the Hippocratic oath has been radically misunderstood because it has been read only in part. There is a preamble which says, "I swear by Apollo", and so on and so forth, "that I will keep this oath and this covenant to the best of my judgment and my ability." That preamble then entails that physicians not only have the right but the duty to use their judgment when doing what follows. In other words, they must use their judgment whether or not to do abortions, use their judgment about whether or not to commit euthanasia or anything like that. So the Hippocratic oath does not entail that it is against the traditional ethics of physicians to engage in euthanasia.

I also point out that this view seems to underlie the workings of the Institute of Medical Ethics Working Party of the British Medical Association, which always recommends that in fact active euthanasia should be legalized under certain circumstances, and there is a series of arguments to deal with; the slippery slope argument, the argument from pressure, the argument from trust and so on, which they reject. I have that very briefly there and deal with that in the context of the physician-patient relationship. I argue that sometimes the physician-patient relationship requires that the physician make for fair and easy passage in order to preserve the trust that the physician will not make or allow the patient to suffer.

So both from a traditional and a contemporary perspective, the refusal to permit euthanasia is not necessary for an ethical physician.

[Translation]

me sens frustré à l'idée que nous y mettions un frein tout de suite. La dernière partie m'apparaît être celle qui renferme la substance qui nous intéresse pour plus tard. J'opterais au moins pour que nous lui permettions de résumer son exposé, plutôt que de l'arrêter à mi-chemin.

La présidente: Je crois que c'est une idée très convenable, monsieur Kluge. Si vous voulez procéder, nous pouvons suivre avec le texte.

M. Kluge: Merci beaucoup, mais je ne peux résumer l'avant-projet de loi. C'est tout simplement trop dense, trop compliqué, pour être résumé. Je demande que le comité accepte ma proposition ou encore qu'il me rappelle une autre fois pour que je présente l'exposé en détail.

Le sénateur Corbin: Je crois qu'il faudrait rappeler le témoin.

La présidente: Tout à fait.

Le sénateur Corbin: Cela, en soi, devrait nous occuper pendant une demi-journée, peut-être.

Le sénateur Beaudoin: Je suis d'accord avec le témoin. C'est si avancé que je ne vois pas comment on pourrait le résumer en deux minutes. C'est impossible.

M. Kluge: Je peux résumer le rôle du médecin très brièvement.

La présidente: Abordons donc cette partie, Monsieur Kluge.

M. Kluge: Pour ce qui est du rôle du médecin, je cherche simplement à déterminer si le serment d'Hippocrate entraîne que le médecin ne peut activement causer la mort du malade. Je souligne que le serment d'Hippocrate a été très, très mal interprété parce qu'il n'est lu qu'en partie. Il y a un préambule qui dit: «Je jure par Apollon... d'accomplir, selon mon pouvoir et mon jugement, ce serment et cet engagement écrit». Le préambule établit alors que les médecins ont non seulement le droit, mais encore l'obligation de se servir de leur jugement lorsqu'ils font ce qui suit. Autrement dit, ils doivent se servir de leur jugement pour déterminer s'il faut ou non pratiquer un avortement, se servir de leur jugement pour déterminer s'il faut ou non commettre l'euthanasie ou quelque chose du genre. Le serment d'Hippocrate ne permet donc pas de conclure qu'il va à l'encontre de l'éthique traditionnelle des médecins de pratiquer l'euthanasie.

J'affirme aussi que ce point de vue semble sous-tendre les travaux de l'*Institute of Medical Ethics Working Party* de la *British Medical Association*, qui recommande toujours qu'il faudrait légaliser l'euthanasie, de fait, dans certains cas et qu'il faut alors aborder une série d'arguments: l'argument de la «pente glissante», l'argument de la pression, l'argument de la confiance et ainsi de suite, qu'elle rejette. Je le fais très brièvement et j'en parle dans le contexte du rapport médecin-patient. J'avance que, parfois, le rapport médecin-patient est tel que le médecin doit prévoir un passage juste et facile pour préserver la confiance que le patient lui témoigne, soit qu'il ne le fera pas souffrir ou ne permettra pas qu'il souffre.

Par conséquent, du point de vue traditionnel et moderne, il n'est pas nécessaire pour le médecin éthique de refuser de permettre l'euthanasie.

[Text]

I then pass to possible legislation, which is the next section, which I will not attempt to summarize. That contains model legislation which, with all respect and with due humility, the committee might want to take a look at if and when it comes to looking — and I stress “if” — at various models.

I deal briefly at the end with the notion of medical uselessness. Some of the previous proposals dealing with cessation of treatment and assisted suicide and euthanasia say that this should occur only when physicians determine it is useless. I have serious problems with the notion of medical uselessness because, to paraphrase Chief Justice Bora Laskin, that would be to hand over to the medical profession what ought and what ought not to happen in a medical context when the decision is not technical but rather ethical. I argue that no group of society, whether engineers, physicians or anyone else, should tell society under what ethical circumstances something should or should not be accepted.

The notion of uselessness is always context dependent. It looks at the basis, the reason, why we say something is useless. That is a matter of values and, therefore, the decision should not be made on the basis of medical decision alone.

I then deal with proxy decision making and I say very briefly — and this is very compressed and I would love the opportunity to expand on this — that whatever decision is reached in the Canadian context, and whatever recommendation this honourable committee makes, it should make the same considerations for incompetent people as for competent people, because people are people, persons are persons, and the incompetent should not lose their rights simply because of the fact of incompetence. That is roughly the gist of my presentation.

The Chairman: Honourable senators, we have ten minutes. Would anyone like to ask a question?

Senator Lavoie-Roux: In view of the fact that we have ten minutes left — I do not want to prevent anyone else from asking questions, I am speaking personally at this point — and in view of the fact that there seems to be a consensus to invite you to return, rather than asking you questions now I would prefer to read this text carefully. I would then be in a better position to ask questions which would elicit more helpful answers from you. I am speaking only for myself. If others want to go ahead, they can do so.

I want to thank you for the text. It is most interesting.

Senator Beaudoin: This text is dense and obviously we may have many questions. However, at this stage I will ask you just one question dealing with the values of our society. You referred to section 1 of the Charter that says that we may restrict rights if we can demonstrate that it is reasonable in a free and democratic society. The problem for me has always been — and I would like to have your opinion on this — the values at the end of the twentieth century are not the same for all people in our democratic society. Let us restrict ourselves to Canada where we

[Traduction]

Je parle alors de dispositions législatives possibles, matière de la section suivante, que je n'essaierai pas de résumer. C'est une législation modèle que, avec tout le respect et l'humilité qui s'imposent, le comité pourrait souhaiter étudier si — et je mets l'accent sur le mot «si» — il en vient à étudier divers modèles.

Je traite brièvement, à la fin, de la notion de futilité médicale. Selon les propositions antérieures qui ont été présentées concernant la cessation de traitement, le suicide assisté et l'euthanasie, cela devrait se faire seulement dans les cas où le médecin détermine que les mesures médicales sont inutiles. La notion de futilité médicale me pose de graves problèmes, car si vous me permettez de paraphraser le juge en chef Bora Laskin, cela revient à demander à la profession médicale ce qu'il faut faire dans un contexte médical alors que la décision est non pas technique, mais plutôt éthique. J'avance qu'aucun groupe de la société, qu'il s'agisse d'ingénieurs, de médecins ou de qui que ce soit, ne devrait dire à la société selon quel facteur éthique il faudrait accepter ou ne pas accepter quelque chose.

La notion de futilité dépend toujours du contexte. On regarde le fondement, la raison pour laquelle il est dit que quelque chose est futile. C'est une question de valeurs et, par conséquent, la décision ne devrait pas être fondée uniquement sur des motifs médicaux.

Je traite ensuite des décisions prises par procuration et j'affirme très brièvement — c'est très condensé et j'adorerais pouvoir m'étendre là-dessus — que quelle que soit la décision prise dans le contexte canadien et indépendamment de la recommandation que l'honorable comité ici présent formulera, il faudrait établir que les mêmes considérations s'appliquent aux personnes incapables ainsi qu'aux personnes capables, car une personne est une personne et que les incapables ne devraient pas perdre leurs droits tout simplement du fait de leur incapacité. Voilà l'essentiel de mon exposé.

La présidente: Honorables sénateurs, il nous reste dix minutes. Quelqu'un veut-il poser une question?

Le sénateur Lavoie-Roux: Comme il nous reste dix minutes — je ne veux pas empêcher quelqu'un d'autre de poser une question, je parle personnellement — et comme le consensus semble vouloir qu'on vous invite de nouveau, plutôt que de vous poser des questions maintenant, j'aimerais mieux lire ce texte attentivement. À ce moment-là, je serais mieux placée pour poser des questions, et les réponses de votre part seraient plus utiles. Je ne parle que pour moi-même. S'il y en a d'autres qui veulent poser des questions, ils peuvent le faire.

Je vous remercie du texte. C'est très intéressant.

Le sénateur Beaudoin: Le texte est dense et, évidemment, nos questions sont nombreuses. Toutefois, au point où nous en sommes, je ne vais vous poser qu'une question, qui porte sur les valeurs de notre société. Vous avez fait allusion à l'article 1 de la Charte, selon lequel nous pouvons restreindre les droits si nous pouvons faire la preuve que cela est raisonnable dans une société libre et démocratique. Ce qui m'a toujours posé problème — et j'aimerais avoir votre avis là-dessus — c'est que les valeurs à la fin du XX^e siècle ne sont pas les mêmes pour tout le monde dans

[Texte]

have more than one religion, where we have people with no religion, where we have many cultures, et cetera.

The Sue Rodriguez case was judged on section 1 of the Charter and it was a split decision; it was very close. As a scientist, is it possible to have some form of consensus on the great values of our society as far as assisted suicide is concerned?

Mr. Kluge: With respect, senator, if by "consensus", you mean unanimity —

Senator Beaudoin: No, not full unanimity. General.

Mr. Kluge: I think the answer is yes. But I would like to say that it is inevitable that there will be a strong and vocal disagreement from some group or other. If that were not the case, we would be asking people whose conscience disagrees to silence their conscience, and that would also be undemocratic and we could also violate liberty and justice.

Yes, I think it is possible to reach a consensus but not unanimity, nor will it be possible to silence opposition. I think we will be in the same position as we are with the abortion situation. The only thing that comes to mind is Martin Luther at the Council of Worms: "Here I stand, God help me, I can do no other. Amen. I must follow my conscience."

But at the same time, a law that makes it impossible for people to follow their conscience without the price of their liberty, when there are other options available and other models of laws, as Chief Justice Lamer and Chief Justice McEachern pointed out, that law does not meet the requirement of section 1 and it does not have to be that way. I hope I am making sense here.

Senator Beaudoin: Yes. You referred to Chief Justice Lamer who dissented in this very close decision. We are used to that in constitutional law, it is no problem. We see that every day. But when we come to this problem of euthanasia, passive, active and assisted suicide, it is a little more difficult; it is very interesting but more difficult. I think your answer is global and that is what I asked for. You say that it is possible to have a majority consensus but you cannot silence the dissident.

Mr. Kluge: I would not wish to silence the dissidents.

Perhaps I may add one final thing. The reason why I say consensus is possible is that I do not like appealing to opinion polls, but I understand that ever since Gallup has taken polls, this is the only poll on which consistently the opinion has increased over the last two, three decades. So if by "consensus" you mean a public consensus, I think the answer is there. If by "consensus" you mean, with respect, elected politicians' consensus — and I realize this honourable committee is not elected, so I hope I will be excused when I say this — my experience has been, having worked in Ottawa, that sometimes Parliament is like a hall of mirrors: politicians hear the advice reflected to

[Translation]

notre société démocratique. Limitons-nous au Canada, où nous avons plus d'une religion, où certaines personnes n'ont pas de religion, où nous avons de nombreuses cultures et ainsi de suite.

L'affaire Sue Rodriguez a été jugée en fonction de l'article 1 de la Charte, et la décision a été rendue avec dissension. C'était très serré. En tant que scientifique, diriez-vous qu'il est possible d'établir une forme de consensus à propos des valeurs fondamentales de notre société en ce qui concerne le suicide assisté?

M. Kluge: Avec tout le respect que je vous dois, Monsieur le sénateur, si par «consensus», vous entendez unanimité —

Le sénateur Beaudoin: Non, pas l'unanimité parfaite. C'est général.

M. Kluge: Je crois que la réponse est «oui». Mais je tiens à dire qu'inévitablement, il y aura une contestation forte et très marquée d'un groupe ou d'un autre. Si ce n'était pas le cas, nous demanderions aux gens qui ne sont pas d'accord dans leur conscience de taire leur conscience; cela serait antidémocratique et cela violerait la liberté et la justice.

Oui, je crois qu'il est possible d'en arriver à un consensus, mais pas à l'unanimité, ni encore est-il possible de faire taire les adversaires d'une mesure. Je crois que nous allons nous trouver dans la même situation qu'avec l'avortement. La seule chose qui me vient à l'esprit, c'est Martin Luther, à la diète de Worms: «Me voici, que Dieu me vienne en aide, je ne peux faire autrement. Amen. Je dois suivre ma conscience.»

Mais en même temps, une loi qui fait qu'il est impossible pour les gens de suivre leur conscience sans sacrifier leur liberté, alors qu'il y a d'autres options possibles et d'autres modèles législatifs, comme le juge en chef Lamer et le juge en chef McEachern l'ont souligné, est une loi qui ne répond pas à l'exigence de l'article 1, et les choses ne doivent pas forcément être ainsi. J'espère que ce que j'ai dit a du sens.

Le sénateur Beaudoin: Oui. Vous avez fait allusion au juge en chef Lamer, qui était dissident dans cette décision très serrée. Nous sommes habitués à cela en droit constitutionnel, ce n'est pas un problème. Nous voyons cela tous les jours. Mais quand nous abordons ce problème de l'euthanasie, du suicide assisté, passif ou actif, c'est un peu plus difficile. C'est très intéressant, mais plus difficile. Vous paraissez m'avoir donné une réponse globale, et c'est ce que j'ai demandé. Vous dites qu'il est possible d'avoir un consensus majoritaire, mais qu'on ne peut faire taire le dissident.

M. Kluge: Je ne souhaite pas faire taire les dissidents.

Je pourrais peut-être ajouter une dernière chose. La raison pour laquelle je dis qu'il est possible d'avoir un consensus, c'est que, même si je n'aime pas les sondages d'opinion publique, il paraît que depuis que Gallup fait des sondages, c'est le seul où l'opinion publique a augmenté constamment depuis deux ou trois décennies. Donc, si vous entendez par «consensus» un consensus public, je crois que la réponse est là. Si par «consensus» vous entendez, avec le respect que je vous dois, le consensus des élus — et je sais que l'honorable comité ici présent n'est pas élu, alors j'espère que vous allez m'excuser d'affirmer cela — selon mon expérience, ayant travaillé à Ottawa, le Parlement est parfois comme un palais

[Text]

them by their advisers and think they hear the public where they hear themselves only.

Senator Beaudoin: I asked that question because we abolished the death penalty a few years ago. We know that in the public, a strong majority of people were in favour of the death penalty. It has been constant. But finally it was abolished.

Senator Lavoie-Roux: Not the majority.

Senator Beaudoin: The majority of people are in favour of the death penalty.

Senator Lavoie-Roux: No.

The Chairman: I would like to ask a supplementary question on that same topic. I do not have the judgment before me, simply the headnote, but my recollection is that Mr. Justice Sopinka based his decision, to a great extent, on what he called the proportionality test and that the prohibition on suicide or assisted suicide under section 241 met that test because it was to protect and maintain respect for human life. Therefore, he used this in conjunction with section 1 to say that. I wonder what you think of that rationale, or will the answer take too long?

Mr. Kluge: No, I will attempt to keep it brief. I am not a constitutional lawyer. But, with respect, I think that test, under the circumstances, was misapplied and is not consistently applied by the Supreme Court, again with all respect, because it should have been applied only if section 1 should have been invoked and section 1 itself states conditions which were not met, with respect, in this particular case.

There were alternatives available. The invoking of that clause should have occurred only after the first test had been met, and it had not been met. Therefore, I think that was inappropriate. I think I am here sharing the opinion of the minority of the Supreme Court on this.

Senator Keon: In your opening remarks you very carefully pointed out you were speaking as an individual and not from a constituency of any society or organization. You developed your subject superbly well and it was a pleasure to listen to you.

As the subject unfolded I understood that you categorically stated that, from an ethical point of view, active euthanasia is defensible.

Mr. Kluge: That is correct. With respect, senator, I did not say that that position does not stand unopposed, but from a deontological/ethical perspective that is defensible, yes. I can cite authorities for that, both Canadian and others.

Senator Keon: You answered my question before I was finished asking it, which was very clever.

Mr. Kluge: My apologies.

Senator Keon: Would you expand a little on the opposition among your peers?

[Traduction]

de glaces: les politiciens entendent l'avis que reflètent leurs conseillers et croient entendre le public, alors qu'ils ne s'entendent qu'eux-mêmes.

Le sénateur Beaudoin: J'ai posé la question parce que nous avons aboli la peine capitale il y a quelques années. Je sais que, parmi le public, la forte majorité était en faveur de la peine capitale. Cela était constant. Mais, enfin, elle a été abolie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Pas la majorité.

Le sénateur Beaudoin: La majorité des gens est en faveur de la peine capitale.

Le sénateur Lavoie-Roux: Non.

La présidente: J'aimerais poser une autre question sur le même sujet. Je n'ai pas devant moi la décision, j'ai simplement l'avant-propos, mais, si je ne m'abuse, monsieur le juge Sopinka a fondé sa décision, dans une grande mesure, sur ce qu'il qualifiait de critère de proportionnalité et sur le fait que l'interdiction du suicide ou du suicide assisté, en application de l'article 241, répondait à ce critère parce qu'il s'agissait de protéger et de préserver le respect pour la vie humaine. Il s'en est donc servi avec l'article 1 pour affirmer cela. Je me demande ce que vous pensez de cet argument ou est-ce que la réponse sera trop longue?

M. Kluge: Non, je vais essayer de rester bref. Je ne suis pas avocat constitutionnaliste. Mais, avec le respect que je vous dois, je crois que ce critère, dans les circonstances, a été mal appliqué et n'est pas appliqué avec constance par la Cour suprême, encore une fois avec tout le respect que je vous dois, parce qu'on aurait dû l'appliquer seulement si l'article 1 avait été invoqué, et l'article 1 lui-même énonce des conditions qui n'ont pas été réunies, avec le respect que je vous dois, dans ce cas particulier.

Il y avait d'autres options. Il aurait fallu invoquer cette disposition seulement après que le premier critère aurait été satisfait et cela n'était pas le cas. Par conséquent, je crois que ce n'était pas approprié. Je crois que je partage ici l'avis de la minorité de la Cour suprême à ce sujet.

Le sénateur Keon: Dans vos remarques préliminaires, vous avez signalé avec beaucoup de soin que vous parliez à titre personnel et non pas au nom des membres d'une société ou d'un organisme. Vous avez développé votre sujet avec brio, et cela a été un plaisir de vous écouter.

Au fur et à mesure que l'exposé se déroulait, j'ai compris que vous affirmiez catégoriquement que, du point de vue éthique, l'euthanasie active se défend.

M. Kluge: C'est juste. Avec tout le respect que je vous dois, sénateur, j'ai affirmé non pas que cette position n'avait pas ses adversaires, mais plutôt qu'elle se défendait, oui, d'un point de vue déontologique ou éthique. Je peux citer des autorités, canadiennes et autres.

Le sénateur Keon: Vous avez répondu à ma question avant que j'aie fini de la poser, ce qui est très futé.

M. Kluge: Je m'excuse.

Le sénateur Keon: Pourriez-vous nous en dire plus long sur le point de vue opposé qui est manifesté parmi vos pairs?

[Texte]

Mr. Kluge: The opposition among my peers centres in what is called the "slippery slope" argument, that is to say that those who maintain that once one starts this, it cannot be controlled and it will lead to abuses. Another element of opposition is that there is a religious basis. In other words, there are fundamental religiously oriented ethics which oppose this. Some, with respect to my colleagues, simply do not understand the nature of the argument but simply say, straight out, human life is valuable, no matter what, and, therefore, human life may never be taken, no matter what. I will not editorialize, but that is another position. These are the major lines of opposition.

There is a line of opposition which is beyond the deontological which is utilitarian and that focuses on the claim that the greatest amount of good for the greatest number of people is to have a law which in fact prevents any of this from occurring. Again I can comment on that, but I will not. These are the major lines of opposition.

The Chairman: Dr. Kluge, we thank you very much for that interesting and thought-provoking presentation. As I mentioned earlier, once we have absorbed all this material that you have left with us, we will certainly make arrangements to hear from you again and perhaps we will have some more penetrating questions to put to you at that time. Thank you again.

Honourable senators, we are very pleased to have with us as our second witness, Dr. Brian Mishara, who is a Professor of Psychology at the Université du Québec à Montréal, and has been a researcher at the university's Laboratory on Human and Social Ecology for the past 14 years. Dr. Mishara is the founding president of the Suicide-Action Montréal, a volunteer-based suicide prevention centre, and also a founder of the Association québécoise de suicidologie and the current president of the Canadian Association for Suicide Prevention. He has headed the scientific committee and the organizing committee for the 1993 meetings of the International Association for Suicide Prevention and has authored a number of works on suicide, aging and drugs. Dr. Mishara was recently awarded the 1993 Bora Laskin National Fellowship in Human Rights Research by the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. This fellowship was established to encourage multi-disciplinary research and the development of Canadian expertise in the field of human rights. The council awards only one of those fellowships each year. He will be looking at the human rights of a person who wishes to commit suicide and seeks assistance to do so.

Dr. Mishara's testimony will have two components: He will first present the position of the Canadian Association for Suicide Prevention. He will then present some of his own observations on the more general issues involved in euthanasia and physician-assisted suicide. Doctor Mishara?

[Translation]

M. Kluge: L'opposition parmi mes pairs est centrée sur ce qui s'appelle l'argument «de la pente glissante», c'est-à-dire qu'une fois en route, il sera impossible de maîtriser la situation et que cela conduira à des abus. Un autre élément de l'opposition tient à des motifs religieux. Autrement dit, il existe une éthique religieuse fondamentale qui s'oppose à cela. Certaines personnes, avec tout le respect que je dois à mes collègues, ne comprennent tout simplement pas la nature de l'argument, mais affirment simplement, directement, que la vie humaine est une chose précieuse et que, quelles que soient les circonstances, par conséquent, il ne faut jamais prendre une vie humaine, quelle que soit la situation. Je n'en ferai pas un éditorial, mais voilà une autre position. Ce sont les principaux arguments de l'opposition.

Il y a un argument de l'opposition qui va au-delà de la déontologie; c'est un argument utilitaire qui prétend que pour le plus grand bien du plus grand nombre, il faut avoir une loi qui empêche toute forme d'euthanasie. Encore une fois, je pourrais en parler, mais je ne le ferai pas. Ce sont les principaux arguments de l'opposition.

La présidente: Monsieur Kluge, nous vous remercions énormément de cet exposé intéressant et stimulant. Comme je l'ai dit plus tôt, une fois que nous aurons absorbé toute cette matière que vous nous avez laissée, nous allons certainement prendre les dispositions nécessaires pour vous accueillir de nouveau, et peut-être aurons-nous des questions plus stimulantes à vous poser à ce moment-là. Encore une fois, merci.

Honorables sénateurs, nous sommes très heureux d'avoir parmi nous un deuxième témoin, M. Brian Mishara, professeur de psychologie à l'Université du Québec à Montréal, et chercheur au laboratoire universitaire qui s'occupe de l'écologie humaine et sociale depuis 14 ans. M. Mishara est président fondateur du mouvement Suicide-Action Montréal, centre de prévention bénévole, fondateur de l'Association québécoise de suicidologie et président actuel de l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Il dirige le comité scientifique et le comité organisateur des réunions de 1993 de l'International Association for Suicide Prevention et est l'auteur de plusieurs ouvrages sur le suicide, le vieillissement et la drogue. M. Mishara a reçu récemment la bourse nationale Bora Laskin, remise par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour la recherche sur les droits de la personne. Cette bourse a été créée pour encourager la recherche pluridisciplinaire et le développement d'une expertise canadienne dans le domaine des droits de la personne. Le conseil n'en remet qu'une par année. M. Mishara se penchera sur les droits fondamentaux d'une personne qui souhaite se suicider et cherche à obtenir de l'aide pour le faire.

M. Mishara présentera un témoignage en deux volets: d'abord, il présentera la position de l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Ensuite, il présentera quelques-unes de ses observations personnelles sur les questions plus générales qui touchent à l'euthanasie et au suicide assisté par le médecin. Monsieur Mishara?

[Text]

M. Brian L. Mishara, PhD., Président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide: Honorables sénateurs, je vais présenter mon intervention en anglais parce tous les documents étaient disponibles d'abord en langue anglaise et j'avais peu de délai. Je m'excuse auprès des sénateurs francophones.

I understood the request to be a little less formal. I prepared a very brief presentation in two parts, and it was my understanding to be a little less formal and present some issues. It was also my understanding that I was to speak on issues but not suggest ways to resolve the issues particularly, and that is what I have done.

I am going to first put on the hat of president of the Canadian Association for Suicide Prevention, which has something to express, and my own personal views are not incompatible with those views. However, the Canadian Association for Suicide Prevention is limited in its interest to suicide and suicide prevention and many of the issues that this committee is dealing with are not concerned with suicide.

The Canadian Association for Suicide Prevention is the only national Canadian organization concerned with research on suicidology and suicide prevention. Researchers, professionals, volunteers, organizations, crisis centres and educators from across Canada and a number of native Aboriginal people are involved with our organization. We do not take any moral stand concerning representation whether suicide, active euthanasia or mercy killing is right or wrong. But on the basis of research and clinical experience, most suicides are avoidable tragedies. Research shows that between two and four per cent of persons who completed suicide were terminally ill. That is a small percentage.

First, we are concerned about the use of the words "physician-assisted suicide". These terms are being used inappropriately to refer to situations which are not suicide at all. We can understand why this has occurred, but we implore the committee to consider carefully the use of terminology. For us suicide is when someone kills themselves by their own hand. When someone else ends the life of another person by whatever means, that is in another category.

In Canadian law "culpable homicide" is defined as "where a person who causes death of a human being, means to cause death or means to cause him bodily harm that he knows is likely to cause his death and is reckless where the death ensues, and so on." In other words, if I take a shotgun and shoot someone, regardless of whether or not they ask me to do it or they are terminally ill, that is not suicide.

The word "euthanasia" does not exist in law. There are not too many other categories to put it in. If I am to engage in such an act, I might have some motivation to call it an assisted-suicide. We would like it to be clear that suicide is when you kill yourself. If someone else kills you — whether they do it with a

[Traduction]

Mr. Brian L. Mishara, Ph.D., President of the Canadian Association for Suicide Prevention: Honourable senators, I will be presenting my brief in English because all the documents were available primarily in English and because there was not much time to prepare. I apologize to the French-speaking senators.

Je ne croyais pas que la demande était si officielle. J'ai préparé un très court exposé en deux parties et je croyais que cela devait être un peu moins officiel, que je devais seulement présenter quelques questions. Je croyais aussi que je devais aborder des questions, mais non pas proposer des façons de résoudre des questions en particulier, et c'est ce que j'ai fait.

Je vais d'abord parler à titre de président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, qui a un point de vue à exprimer, mais mon point de vue personnel n'est pas incompatible avec celui-là. Toutefois, l'Association canadienne pour la prévention du suicide s'intéresse seulement au suicide et à la prévention du suicide; or, nombre des questions qui intéressent ce comité ne touchent pas au suicide.

L'Association canadienne pour la prévention du suicide est le seul organisme national canadien qui fasse de la recherche sur la suicidologie et la prévention du suicide. Notre organisme réunit des chercheurs, des professionnels, des bénévoles, des organismes, des centres d'aide et des éducateurs de tout le Canada, ainsi qu'un certain nombre d'autochtones. Nous ne prenons pas de position morale au sujet du suicide ou de l'euthanasie active. Mais compte tenu de nos recherches et de notre expérience clinique, nous savons que la plupart des suicides sont des tragédies qu'il est possible d'éviter. Les recherches montrent qu'entre 2 p. cent et 4 p. cent des personnes qui mènent à terme un projet de suicide sont des malades en phase terminale. Le pourcentage est faible.

D'abord, nous nous préoccupons de l'usage du terme «suicide assisté». Le terme est mal employé pour désigner les situations où il n'y a pas du tout de suicide. Nous savons pourquoi cela s'est produit, mais nous implorons le comité de réfléchir soigneusement à la terminologie qu'il emploie. Pour nous, il y a suicide lorsqu'une personne s'enlève la vie d'elle-même. Quand quelqu'un d'autre enlève la vie d'une personne, quels que soient les moyens qui sont pris, cela relève d'une autre catégorie.

En droit canadien, l'«homicide coupable» est assimilé au cas suivant: lorsque «la personne qui cause la mort d'un être humain: ou bien a l'intention de causer sa mort, ou bien a l'intention de lui causer des lésions corporelles qu'elle sait être de nature à causer sa mort, et qu'il lui est indifférent que la mort s'ensuive ou non» et ainsi de suite. Autrement dit, si je prends une carabine et que je tire sur quelqu'un, que cette personne m'ait demandé de le faire ou non ou qu'elle soit en phase terminale ou non, ce n'est pas un suicide.

Le terme «euthanasie» n'existe pas en droit. Il n'existe pas beaucoup d'autres catégories où le mettre. Si je m'adonnais à un tel acte, j'aurais peut-être raison de parler d'un suicide assisté. Nous tenons à ce que cela soit clair: il y a suicide quand la personne cause sa propre mort. Si quelqu'un d'autre le fait —

[Texte]

shotgun or a doctor with a lethal injection for someone who is terminally ill — it is another situation or category.

When I talk to European colleagues about this they do not understand what is going on in Canada and the United States with regard to physician-assisted suicide because in Europe things are rather clear. In Holland "active euthanasia" is when a physician initiates an activity which brings about death and physician-assisted suicide exists. The studies in Holland show that it is a fairly rare activity, though. In 1990 there were 400 cases, versus 2,300 cases of active, voluntary euthanasia. That is when the doctor gives the person a medication or poison which they can take themselves, or provides information to the person.

This distinction is important and it is also linked to the second intervention on the part of the Canadian Association for Suicide Prevention, namely, a concern for the human rights issue. But it is very different from the human rights issues that up to this point have been brought before various groups, including the Supreme Court in their discussion of this issue.

Our concern is the rights of suicidal individuals to change their minds. In Canada there are at least 50 attempted suicides for each completed suicide. Some research estimates go up to 130 or 140 attempts for each completed suicide. Most people in Canada who are seriously suicidal change their minds either before they attempt or during an attempt. They start cutting and stop, or they start taking some medication and they stop taking the medication; or after they have started the act they pick up the phone and call an ambulance and call for help or try to do something to help themselves. It is relatively rare that people complete suicides. Our concern, which I want to express to the committee, is that as long as suicide remains an individual act, an individual who is suicidal has the right to complete the act or not complete the act. If I am alone at home and I have some pills and I want to kill myself, I can do it or I can say, "Well, maybe I will do it tomorrow. Maybe next week." There is no undue pressure. I am totally free to do what I will in that circumstance. Our concern is that as soon as the act involves other people — call them "helpers", or whatever — there is a risk that the rights of the suicidal person may be compromised. In other words, the right of the person to change his or her mind or put off the suicide may be compromised.

If I decide that I want to kill myself and I ask a friendly physician to be present and he brings in an elaborate apparatus that is constructed to end my life, when it is all hooked up and I have said my goodbyes and he then says, "Shall we do it now," or "Pull on this cord", it is not so easy for me to say, "Well, maybe tomorrow. Maybe next week. Could you come back next week or the week after?" A social pressure exists, based on the fact that the individual act is being transformed into a social event.

There is a lot of research on the social psychology of what influences decision-making. Our concern is for the rights of people who are suicidal who may decide not to complete the act.

[Translation]

qu'il s'agisse de quelqu'un qui a un fusil ou d'un médecin qui injecte une dose mortelle à un malade en phase terminale — la situation ou la catégorie n'est pas la même.

Quand je parle à des collègues européens de cette question, ils ne comprennent pas ce qui se passe au Canada et aux États-Unis pour ce qui touche le suicide assisté par le médecin, parce qu'en Europe, les choses sont plutôt claires. En Hollande, l'«euthanasie active» survient lorsqu'un médecin met en marche une activité qui cause la mort, et le suicide assisté par le médecin existe. Les études réalisées en Hollande montrent que c'est une activité plutôt rare, toutefois. En 1990, il y a eu 400 cas, par comparaison à 2 300 cas d'euthanasie volontaire et active. C'est le cas où le médecin donne au malade un médicament ou un poison qu'il peut prendre lui-même ou renseigne le malade.

La distinction est importante, et elle est liée aussi à la deuxième intervention de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, qui porte sur les droits de la personne. Mais c'est très différent des questions des droits de la personne qui ont été soulevées jusqu'à maintenant devant divers groupes, y compris la Cour suprême dans son exposé sur la question.

Nous nous préoccupons des droits des personnes suicidaires qui changent d'idée. Au Canada, il y a au moins 50 tentatives de suicide pour chaque suicide «réussi». Selon certaines recherches, cela s'élève jusqu'à 130 ou 140 tentatives par suicide «réussi». La personne commence à s'ouvrir les veines, puis arrête, ou encore elle commence à prendre un médicament, puis elle s'arrête; ou encore après avoir agi, elle prend le téléphone et appelle une ambulance, elle appelle quelqu'un pour l'aider ou elle essaie de s'aider elle-même. Un suicide mené à terme est une chose relativement rare. Ce qui nous préoccupe, ce que nous voulons révéler au comité, c'est que tant et aussi longtemps que le suicide demeure un acte individuel, la personne qui se suicide a le droit de mener l'acte à terme ou de ne pas mener l'acte à terme. Si je me trouve seul à la maison, que j'ai des pilules et que je veux me tuer, je peux le faire ou je peux dire: «Eh bien, peut-être que je vais le faire demain. Peut-être la semaine prochaine.» Il n'y a pas de pression induite. Je suis tout à fait libre de faire ce que je veux dans les circonstances. La difficulté que nous voyons, c'est que dès que quelqu'un d'autre y met la main — appelez-le un «aide» ou autre chose — il y a risque que les droits de la personne suicidaire soient compromis. Autrement dit, le droit qu'a cette personne de changer d'idée ou de remettre le suicide à plus tard pourrait être compromis.

Disons que je décide que je veux me suicider et que je demande à un médecin serviable d'être présent, et qu'il apporte un appareillage élaboré conçu pour mettre fin à ma vie. Une fois que tout est installé et que j'ai dit au revoir à tout le monde et qu'il me dit «je le fais maintenant?» ou «tire sur la corde», ce n'est pas si facile pour moi de dire «eh bien, peut-être demain. Peut-être la semaine prochaine. Pourrais-tu revenir la semaine prochaine ou la semaine suivante?» Il y a alors une pression sociale, compte tenu du fait que l'acte individuel est transformé en acte social.

Beaucoup de recherches se font sur la psychologie sociale des facteurs qui influent sur la prise de décisions. Nous nous préoccupons des droits des personnes suicidaires qui décideraient

[Text]

We are concerned that that right may be compromised by having other persons involved and present.

I have said that it is suicide when you kill yourself; when someone else kills you it is something else, for example, euthanasia. But some people then ask me: What about people who are handicapped and cannot complete suicide? My response to that is that "handicapped" means that you cannot do some things. If you cannot commit suicide, you cannot commit suicide. It does not mean that you cannot die. But if you want to die, you have to get someone else to kill you. We should not call it assisted suicide. If someone cannot walk because they are in a wheelchair and they want to get from one place to another place, they can get there. They can use a wheelchair. But we do not say that they get there by "walking in a wheelchair". The great danger is to call activities when another individual initiates a process that results in death "suicide". The general terminology accepted in Europe is that of talking about active and passive euthanasia.

I am now taking off the hat of president of the Canadian Association for Suicide Prevention because we are not concerned with euthanasia as a subject. Active euthanasia means initiating activities which bring about death of a hopelessly ill person, usually in a relatively quick and painless way for reasons of mercy. Passive euthanasia involves either withholding or withdrawing of life sustaining treatment — a treatment which prolongs life without reversing the underlying medical condition. Both these activities may be with or without the consent of the person whose life is ending or being ended.

There are basically four types of medical actions which can result in death. One is withholding or withdrawing of life sustaining treatment; another is provision of palliative treatment that may foreseeably hasten death. That is palliative treatment, a treatment to reduce pain, suffering, anguish and discomfort. As a side effect, the treatment may hasten death. A person may need so much morphine to reduce the pain that that person's life expectancy will be diminished.

There is then active euthanasia and assisted suicide, which in the European context is limited to providing the means; a lethal dose of some medication usually or information.

Murder is punishable in a severe way and suicide is not. Some people have tried to skirt this law. For example, Dr. Kevorkian in the United States has tried to get around the law by saying, "I will do everything to end your life except I will hook up a switch here and you pull the chain, or say go." The objective in this situation is the same as in active euthanasia. One should shy away from technical solutions in order to get around the issue of

[Traduction]

peut-être de ne pas mener l'acte à terme. Nous nous préoccupons de la possibilité que leur droit soit compromis par le fait d'avoir une autre personne présente et participant à l'acte.

J'ai déjà dit qu'il y a suicide lorsqu'on s'enlève la vie soi-même; quand c'est quelqu'un d'autre qui le fait, c'est autre chose, l'euthanasie par exemple. Mais certaines personnes me demandent alors: qu'en est-il des personnes handicapées qui ne peuvent mener leur suicide à terme? Ma réponse, c'est que le terme «handicapé» désigne une personne qui ne peut faire certaines choses. Si on ne peut pas se suicider, on ne peut pas se suicider. Cela ne veut pas dire qu'on ne peut pas mourir. Mais si on veut mourir, il faut demander à quelqu'un d'autre de nous enlever la vie. Nous ne devrions pas appeler cela un suicide assisté. Si quelqu'un ne peut marcher parce qu'il est cloué à un fauteuil roulant et qu'il veut se rendre d'un endroit à l'autre, il peut le faire. Il peut utiliser un fauteuil roulant. Mais nous ne disons pas qu'il se déplace «en marchant dans un fauteuil roulant». Il serait très dangereux d'appeler une activité qu'une autre personne met en branle pour donner la mort à quelqu'un un «suicide». Les termes acceptés de façon générale en Europe sont l'euthanasie active et l'euthanasie passive.

Je vais cesser de parler maintenant à titre de président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide parce que nous ne nous préoccupons pas de l'euthanasie. L'euthanasie active désigne le fait de mettre en branle une activité qui cause la mort d'une personne désespérément malade, habituellement d'une façon relativement rapide et sans douleur, pour des motifs humanitaires. Pratiquer l'euthanasie passive consiste à ne pas donner ou à cesser de donner un traitement qui maintient la personne en vie — traitement qui prolonge sa vie sans influencer sur l'état médical sous-jacent. Les deux activités en question peuvent avoir lieu avec ou sans le consentement de la personne dont la vie se termine ou est enlevée.

Il existe, essentiellement, quatre types d'actes médicaux qui peuvent entraîner la mort. Un de ces actes consiste à ne pas donner ou à cesser de donner un traitement qui maintient la personne en vie. Un autre consiste à donner un traitement palliatif qui pourrait rapprocher la mort. C'est un traitement palliatif, un traitement qui vise à réduire la douleur, la souffrance, l'angoisse et le malaise. Le traitement peut avoir pour effet secondaire de rapprocher la date du décès. Une personne peut avoir besoin d'une dose si élevée de morphine pour atténuer la douleur que son espérance de vie s'en trouve diminuée.

Ensuite, il y a l'euthanasie active et le suicide assisté, qui, dans le contexte européen, se limitent au fait de fournir les moyens à la personne. Il s'agit habituellement d'une dose mortelle d'un médicament ou encore d'information.

Le meurtre fait l'objet de sanctions sévères, mais non pas le suicide. Certaines personnes ont essayé d'esquiver la difficulté. Par exemple, le Dr Kevorkian, aux États-Unis, a essayé de contourner la loi en affirmant: «Je vais tout faire pour mettre fin à ta vie, sauf que j'installe l'appareil ici et tu appuies sur le bouton ou tu me donnes le signal.» L'objectif dans cette situation est le même que dans celle de l'euthanasie active. Il faudrait éviter les

[Texte]

what is going on in that situation. That is the position of several medical associations.

Some people talk about rational suicide. I looked over the arguments. They talk about a realistic assessment of the situation and the term "minimal ambivalence". In suicide there is almost invariably ambivalence and statements are made such as, "I want to die. I do not want to die. I want to end this suffering." Suicide is seen as a way of ending the suffering.

There are various criteria for a rational suicide. For example, the person is informed and it is voluntary and authentic. There are also various positions against rational suicide. There is a psychiatric position which basically says that suicidal thinking and behaviour is invariably a symptom of some form of mental disorder, usually depression. Also, a person who is ill or depressed is not necessarily competent to make such an informed decision. There are a variety of other views. There are the slippery slope arguments — the concern that people think they will have a duty to die if we say that there is something that one should do, and so on.

My personal position is that this is not a relevant issue. My view of human behaviour, as a psychologist who has been involved for 26 years in studying the issue of the social environment of terminally ill people and issues related to suicide, is that there are few important human decisions that are totally rational and devoid of emotional factors influencing those decisions. As human beings, the most important and irreversible decisions in our lives have highly charged emotional content. We do not rationally decide who to marry. We do not weigh the pros and cons. We do not rationally decide to have a child or to buy such and such a car or to go into a certain career. Human beings are emotional by nature. If one is to look for a moment of pure rationality with the logic that weighs, I would not look to people who are terminally ill or people who are under horrendous pain and suffering because usually those people who are saying, "It is a rational decision" also say, "You have to be terminally ill and undergoing some sort of incurable, horrendous pain and suffering."

That's not the time when human beings are the most rational. Those are the times when we say, "Do anything to stop this suffering." We are often clouded by our suffering and by what is going on around us. We are more subject to influence by what other people suggest.

For example, we have research on AIDS. Some of the studies suggest that people who have AIDS have a lower suicide risk than people who are sero-positive and haven't yet come down with the illness. There are studies which look at what determines whether or not someone who is sero-positive is suicidal. The studies suggest that it is lack of having good social supports. Then, after that, there is the belief that they are going to eventually die from AIDS, their experiences with the illness, and then the fourth important factor is loneliness.

[Translation]

solutions techniques qui permettent de contourner la question véritable, ce qui se passe vraiment. C'est le point de vue de plusieurs associations médicales.

Certaines personnes parlent de «suicide rationnel». J'ai étudié les arguments invoqués. Elles parlent d'une évaluation réaliste de la situation et emploient le terme «ambivalence minimale». La personne qui envisage de se suicider ressent presque invariablement de l'ambivalence et se dit «je veux mourir. Je ne veux pas mourir. Je veux mettre fin à cette souffrance.» Le suicide est perçu comme une façon de mettre fin à la souffrance.

Le suicide rationnel est défini selon divers critères. Par exemple, la personne est éclairée, et son suicide est volontaire et authentique. Il existe aussi divers points de vue contre le suicide rationnel. Selon le point de vue psychiatrique, les idées et le comportement suicidaires sont invariablement les symptômes d'une forme quelconque de trouble mental, habituellement la dépression. Aussi, une personne qui est malade ou déprimée n'est pas nécessairement capable de prendre une décision éclairée. Il y a divers autres points de vue. Il y a aussi l'argument de la «pente glissante» — l'idée que les gens penseront qu'ils ont l'obligation de mourir si nous disons qu'il faut faire quelque chose et ainsi de suite.

Mon point de vue personnel, c'est que la question n'est pas pertinente. Selon ma conception du comportement humain, en tant que psychologue qui étudie depuis 26 ans l'environnement social des malades en phase terminale et les questions associées au suicide, il existe peu de décisions importantes qui soient tout à fait rationnelles où aucun facteur émotif n'intervient. Du fait que nous sommes humains, les décisions les plus importantes, les décisions irréversibles de la vie comportent un élément émotif très important. Décider qui épouser n'est pas une décision rationnelle. Nous ne pesons pas le pour et le contre. Nous ne décidons pas rationnellement d'avoir un enfant ou d'acheter telle ou telle voiture ou d'entreprendre une carrière donnée. Les êtres humains sont émotifs de nature. Si on recherche un moment de raison pure avec la logique que cela suppose, il ne faudrait pas se tourner vers les personnes en phase terminale ou celles qui vivent une douleur et une souffrance horribles, parce que les personnes qui disent «c'est une décision rationnelle» disent aussi «il faut être en phase terminale et vivre une sorte de douleur et de souffrance horribles et intraitables».

Ce n'est pas à ce moment-là que les êtres humains sont le plus rationnels. C'est à ce moment-là que l'on dit «faites n'importe quoi pour mettre fin à cette souffrance.» Notre souffrance et ce qui se passe autour de nous font souvent que nous ne voyons pas clair. Nous sommes plus vulnérables à l'influence des autres.

Par exemple, il y a la recherche sur le sida. Certaines études laissent croire que les personnes qui ont le sida sont moins à risque de se suicider que les personnes séropositives chez qui la maladie ne s'est pas encore manifestée. Il y a des études qui visent à déterminer pourquoi une personne séropositive est suicidaire ou non. Les études portent à croire que c'est l'absence d'appui social qui est en cause. Ensuite, par après, il y a la croyance qu'ils ont qu'ils vont finir par mourir du sida, leur expérience de la maladie en tant que telle, puis, quatrième facteur d'importance, la solitude.

[Text]

When we do psychological studies of what makes people choose various options, including the option of suicide, the result of people perceiving it as a rational option is not necessarily linked to the severity of the illness. There are a lot of other factors going on in this situation.

Now, people will probably come before this committee talking about palliative care, and the phrase that I have heard very often is that palliative care can reduce "virtually all pain and suffering, and it is effective most of the time." With palliative care, the goal is to treat suffering, pain management, to respond to other personal problems, loneliness, loss of control, fear of being abandoned, sense of burden, trying to keep people mentally alert, placing values on human relationships, and trying to ensure a certain quality of life where a person has intimacy, feels secure, is respected, has continuity, is not isolated from the community and so forth.

Palliative care is a wonderful thing. Unfortunately, that form of treatment is not available to all Canadians. One of the serious issues that this raises is: Can we, as a society, condone some form of active euthanasia if we cannot first guarantee that all Canadians have access to quality palliative care to diminish their physical and psychological suffering? Not all primary care physicians are trained in palliative care. Some physicians feel that their goal is to cure illness, and it is a personal defeat when the patient dies.

We have research on the decision-making process, and it is very much related to the quality of the physician/patient relationship. I'll make a few brief remarks about Holland. One of the striking differences between Canada and the Netherlands is that in the vast majority of cases, the patient/physician relationship is long standing, 10, 20, 30 years, at the moment a request for active euthanasia is made. There is a long process involved in this. Very often, even when palliative care is available, it is offered very late in the process of the illness, in the last hours, days or weeks in the illness.

No matter what one says about the dangers of any form of active euthanasia, there exists a large number of worst-case scenarios. That is, despite the best palliative care, despite the best treatment and pain management, there exists cases where our worst nightmares and fears are realized. Suffering is not just pain. Sometimes it involves intractable nausea or psychic terror, psychological and spiritual suffering. The problem which this committee faces is that there are instances where most reasonable Canadians would condone some form of euthanasia to end suffering in those situations.

[Traduction]

Quand nous faisons des études psychologiques pour déterminer ce qui pousse les gens à choisir diverses options, y compris l'option du suicide, il n'y a pas forcément un lien entre le fait que les gens y voient une option rationnelle et la gravité de la maladie. Les autres facteurs qui entrent en jeu dans cette situation sont nombreux.

Maintenant, il y a probablement des gens qui vont se présenter devant ce comité pour parler des soins palliatifs et répéter la phrase que j'ai entendue très souvent à propos des soins palliatifs, soit qu'ils peuvent atténuer pratiquement toute la douleur et toute la souffrance et qu'ils sont efficaces la plupart du temps. L'objectif des soins palliatifs est de traiter la souffrance, de traiter la douleur, de régler les autres problèmes personnels, la solitude, la perte de contrôle, la crainte d'être abandonné, le sentiment d'être un fardeau, d'essayer de stimuler la vigilance de gens, de mettre l'accent sur les rapports entre les êtres humains et d'essayer d'assurer une certaine qualité de vie à la personne, pour qu'elle ait son intimité, qu'elle se sente sécurisée, qu'elle soit respectée, qu'elle vive une certaine continuité, qu'elle ne soit pas isolée de la collectivité et ainsi de suite.

Les soins palliatifs sont une idée merveilleuse. Malheureusement, cette forme de traitement n'est pas accessible à tous les Canadiens. Une grave question est alors soulevée: pouvons-nous, en tant que société, tolérer une forme quelconque d'euthanasie active si nous ne garantissons pas d'abord que tous les Canadiens ont accès à des soins palliatifs de qualité pour réduire leur souffrance physique et psychologique? Tous les médecins de premier recours ne sont pas formés aux soins palliatifs. Certains médecins croient que leur but est de supprimer la maladie et y voient une défaite personnelle lorsqu'un patient meurt.

Nous faisons des recherches sur le processus décisionnel, et il y a un lien très important avec la qualité du rapport médecin-patient. Je vais parler brièvement de la situation aux Pays-Bas. Une des différences qui frappe entre le Canada et les Pays-Bas, c'est que dans la vaste majorité des cas, le rapport médecin-patient est établi depuis longtemps, depuis 10, 20 ou 30 ans, au moment où l'euthanasie active est demandée. Il y a un long processus qui entre en jeu. Très souvent, même là où il est possible d'obtenir des soins palliatifs, ceux-ci ne sont offerts que lorsque la maladie est très avancée, au cours des dernières heures, des derniers jours ou des dernières semaines.

Quoiqu'on dise à propos des dangers de l'euthanasie active, quelle que soit la forme qu'elle prend, les «pires scénarios possibles» sont toujours nombreux. Autrement dit, même si les soins palliatifs sont les meilleurs possibles, même si le traitement de la maladie et de la douleur sont les meilleurs possibles, il existe toujours des cas où nos pires cauchemars et nos pires craintes se réalisent. La souffrance ne se résume pas à la douleur. Parfois, il y a des nausées réfractaires ou une terreur psychique, une souffrance psychologique et spirituelle. La difficulté à laquelle le comité ici fait face, c'est qu'il y a des cas où la plupart des Canadiens raisonnables toléreraient une forme quelconque d'euthanasie pour mettre fin à la souffrance dans ces situations.

[Texte]

One of the issues is the issue of near death, versus not so near death. There are things which occur in the hours and days before a person dies which are in a very different context when it is the months or year before a person dies. We need to define what we mean by "terminally ill." What are we talking about?

How does one gather data to make decisions on this? The opinion poll questions in Canada tend to get responses based upon how they're worded. While a majority of Canadians would be in favour of physician-assisted suicide, because suicide is okay and you are deciding it yourself, not so many Canadians may be in favour of compassionate murder. "Compassionate murder" is a term used in Uruguay and in Germany as a category of murder for which there are less severe sentences. In Uruguay, the judge may throw out the sentence completely if it is a case of compassionate murder.

What we ask to get that opinion poll is different. I wonder how many Canadians, if given the choice between euthanasia and providing appropriate palliative care, would opt for the palliative care.

A word about the Netherlands, and I'll finish. I am assuming that the committee is somewhat aware of the situation in the Netherlands that there is a reporting procedure for euthanasia, and that two-thirds of the requests are turned down. The major reason for turning down requests for active euthanasia is that everything has not been done to try to diminish the person's pain and suffering before the option of euthanasia is accepted. It is noteworthy that this criteria was not included in the dissenting opinions of McEachern or Lamer in the Supreme Court decisions. There are many more controls than were suggested here. If one looks at the reporting procedures, an enormous document where one has to say when the person first brought up the matter and detailing the history of discussions and the treatments tried. It is quite a detailed report.

There is a report published by the government in which they studied a retrospective and prospective study of deaths by taking a sample of physicians, questioning them about what happened in the previous six months, and they followed the death in the following six months. The report has incredibly valuable data. The conclusions of the report are interesting because they are very highly selective in what they focus upon.

In the year in question, there were 130,000 deaths in the Netherlands, and there were 2,300 cases of active voluntary euthanasia, which is only 1.8 per cent of the deaths. There were 400 cases of physician-assisted suicide where the physician provided the means to the person. If you look carefully at the rest of the data in the report, you find that there were also 1,000 cases of active involuntary euthanasia, that is, where the physician ended the life of the person and the person did not give consent that that occur. There were 55,800 cases of life-prolonging treatment being withdrawn or withheld upon the request of the patient, of which 80 per cent died, 4,756. There were

[Translation]

Une des questions en jeu concerne l'imminence de la mort. Il y a des choses qui se produisent dans les heures et les jours avant qu'une personne meure qui se situent dans un contexte très différent si on se trouve des mois ou un an avant que la personne ne meure. Il nous faut définir la «maladie en phase terminale». De quoi s'agit-il?

Comment réunir des données pour prendre des décisions à ce sujet? Les réponses obtenues aux sondages d'opinion au Canada ont tendance à être en fonction de la formulation de la question. Même si la plupart des Canadiens paraîtraient être en faveur du suicide assisté par un médecin — le suicide est admissible quand la décision est prise par la personne elle-même — il n'y a peut-être pas tant de Canadiens qui seraient en faveur de meurtre humanitaire. Le «meurtre humanitaire» est un terme employé en Uruguay et en Allemagne pour désigner une catégorie de meurtres où les peines sont moins sévères. En Uruguay, le juge peut décider de supprimer la peine entièrement s'il s'agit d'un meurtre commis pour des raisons humanitaires.

La question que nous posons dans les sondages est différente. Je me demande combien de Canadiens, s'ils étaient appelés à choisir entre l'euthanasie et des soins palliatifs appropriés, opteraient pour les soins palliatifs.

Un mot sur les Pays-Bas et je termine. Je tiens pour acquis que le comité connaît au moins un peu la situation des Pays-Bas, en ce sens qu'il y a une déclaration obligatoire pour l'euthanasie et que les deux tiers des demandes sont rejetées. Le motif principal des refus dans le cas de l'euthanasie active, c'est que tout n'a pas été fait pour réduire la souffrance et la douleur de la personne avant que l'option de l'euthanasie ne soit acceptée. Il vaut la peine de noter que ce critère ne figurait pas dans les avis dissidents des juges McEachern ou Lamer dans les arrêts de la Cour suprême. Les contrôles sont beaucoup plus nombreux qu'on ne l'a laissé entendre ici. Le rapport exigé est un document énorme qui doit établir que c'est la personne d'abord qui a soulevé la question et qui donne un compte rendu détaillé des discussions tenues et des traitements tentés. C'est un rapport très détaillé.

Le gouvernement a publié un rapport où il est question d'une étude rétrospective et prospective des décès. Les auteurs se sont adressés à un échantillon de médecins à qui ils ont demandé ce qui s'est passé au cours des six mois précédents, puis ont étudié les cas de décès au cours des six mois qui ont suivi. Le rapport a permis de recueillir des données extraordinairement précieuses. Les conclusions du rapport sont intéressantes parce qu'elles sont très sélectives.

Au cours de l'année en question, il y a eu 130 000 décès dans les Pays-Bas, dont 2 300 cas d'euthanasie volontaire et active, ce qui représente seulement 1,8 p. cent des décès. Il y a eu 400 cas de suicide assisté par le médecin, où le médecin a fourni à la personne les moyens nécessaires pour s'enlever la vie. Si on étudie attentivement le reste des données qui se trouvent dans le rapport, on constate qu'il y a eu aussi 1 000 cas d'euthanasie active involontaire, c'est-à-dire des cas où le médecin a mis fin à la vie de la personne, mais où la personne n'avait pas donné son consentement à ce sujet. Il y a eu 55 800 cas où, à la demande du malade, le médecin n'a pas donné ou a cessé de donner un

[Text]

25,000 cases of life-prolonging treatment being withdrawn or withheld without the request of the patient, of which 35 per cent, 8,750, were done with the intent to terminate life. In the Netherlands, there were 22,500 persons who died from a morphine overdose. Of those, 8,100 were persons where the intent was to terminate life. The intent was not to diminish pain where death was a side effect, but rather the intent was to actually terminate life. In 4,941 cases, there was no consent on the part of the patient. In the report by the Dutch government, all these cases are under the chapter Pain Relief, which is a separate chapter from Euthanasia.

If we look at the 130,000 deaths in Holland, 43,300 people died suddenly without having any doctor involved. They died in car accidents, or they had a heart attack or stroke at home. Of the remaining 86,700, 56.5 per cent, a doctor took a decision to end their life which may have resulted in a premature death.

We are very different from Holland. There is no minimum drinking age in the Netherlands. Possession of narcotics like heroin is not a criminal act. Prostitution is legal. There is great emphasis on individual rights and freedoms. We live in a country where it is unlawful for a person to drive without fastening their seat belt even if they are terminally ill. The government does many things to protect us. When you think of it, it is legal to commit suicide, but it is illegal to drive without your seat belt on.

I could go on, but I'll stop. I will just raise a few questions.

I would really request that the committee be very careful about the use of the term "physician-assisted suicide" and adopt the European utilization of that term to refer to when physicians provide the means for a person or provides information. I would rather we adopted the classification of active and passive euthanasia and consider what is voluntary or involuntary.

One cannot discuss this issue without also recognizing palliative care which results in premature death as well.

One of the questions in this whole issue is who is qualified to make such a decision. In Holland, physicians make that decision. They must consult. There is also an advisory committee which physicians may go to which tends to refuse decisions, saying you should try this, that or the other thing first.

One of the questions concerns the controls we have. Up to this point, physicians are not trained to make these decisions explicitly. I know doctors in Canada I would trust with my life, which is what we are doing, but there are other cases where one may be more wary.

[Traduction]

traitement visant à prolonger la vie. De ce nombre, 80 p. cent des malades sont morts, soit 4 756. Il y a eu 25 000 cas où, à la demande du malade, le médecin n'a pas donné ou a cessé de donner un traitement visant à prolonger la vie. Dans 35 p. cent des cas, soit 8 750, le but était de mettre fin à la vie du malade. Dans les Pays-Bas, 22 500 personnes sont mortes d'une surdose de morphine. L'intention était de mettre fin à la vie dans 8 100 cas. Ce n'était pas que le traitement visant à atténuer la douleur a eu la mort pour effet secondaire, mais plutôt que l'intention était vraiment de mettre fin à la vie du malade. Dans 4 941 cas, il n'y a pas eu de consentement de la part du malade. Dans le rapport du gouvernement des Pays-Bas, tous ces cas se trouvent dans le chapitre «soulagement de la douleur», qui est distinct du chapitre sur l'euthanasie.

Des 130 000 décès en Hollande, 43 300 concernent des morts subites où le médecin n'avait rien à voir. Il s'agit d'accidents d'automobile ou de crise cardiaque ou encore d'ACV qui se sont produits à la maison. Dans les 86 700 cas qui restent, soit 56,5 p. cent du nombre, un médecin a pris la décision de mettre fin à la vie de la personne, de sorte que le décès a peut-être été prématuré.

Nous sommes très différents des Pays-Bas. Il n'y a pas d'âge minimal où l'on peut consommer de l'alcool dans les Pays-Bas. La possession de stupéfiants comme l'héroïne n'est pas un acte criminel. La prostitution est légale. Les libertés et les droits individuels ont une très grande importance. Nous vivons dans un pays où il est illégal pour quelqu'un de conduire sans porter sa ceinture de sécurité, même s'il est en phase terminale d'une maladie. Le gouvernement fait bien des choses pour nous protéger. À bien y penser, il est légal de se suicider, mais il est illégal de conduire sans porter sa ceinture de sécurité.

Je pourrais continuer, mais je vais m'arrêter là. Je vais seulement soulever quelques questions.

Ce que je veux vraiment, c'est que le comité prenne garde au terme «suicide assisté par le médecin» et adopte le sens qui est donné à ce terme en Europe, soit le cas où le médecin fournit à la personne les moyens ou l'information nécessaires pour lui permettre de s'enlever la vie. J'aimerais mieux que l'on parle d'euthanasie active et passive et que l'on envisage ce qui est volontaire ou involontaire.

On ne peut discuter de cette question sans tenir compte aussi des soins palliatifs qui ont pour effet de causer une mort prématurée.

Une question centrale dans tout ce débat consiste à savoir qui est compétent pour prendre une telle décision. En Hollande, les médecins prennent la décision. Ils doivent consulter. Il y a aussi un comité consultatif vers lequel ils peuvent se tourner, comité qui a tendance à refuser les décisions, à affirmer qu'il faut essayer ceci ou cela d'abord.

Il faut songer aux contrôles que nous avons en place. Jusqu'à maintenant, les médecins n'ont pas été formés pour prendre ces décisions explicitement. Je remettrais ma vie entre les mains de certains médecins que je connais au Canada, et c'est ce que nous faisons, mais il y a d'autres cas où on ferait peut-être plus attention.

[Texte]

We know relatively little of actual practises in Canada. There are many cases of voluntary and involuntary euthanasia which occur in different circumstances, and perhaps it would be worthwhile getting more information.

Finally, I want to just reiterate the human rights issues of persons to decide not to complete a suicide and the importance of the social and psychological pressures when another person or other individuals are involved in that process. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Mishara.

Your recommendation regarding use of the term "physician-assisted suicide" leaves us in a quandary again. Of course you may realize that the Canadian Medical Association uses that term. Other people use the term. One thing we have decided is we really do not know what terms to use.

That is one of the questions that we won't settle. Eventually, after we have heard from a number of different professionals, we will hopefully find some consensus as to the proper terms that should be used for these various actions. At the moment it is very confusing, and of course Europe uses different terminology again.

Senator Beaudoin: You raised the question of whether assisted suicide really is assisted suicide. It is not a suicide that is assisted.

This brings me to the famous question that I raised the first day I sat here, which is: Do we need a lexicon? Is there such an animal as a lexicon for medical terms? This would be very useful for us because we are going to talk about active euthanasia, passive euthanasia, suicide, assisted suicide and perhaps one act is in one category for one person and in another category for another person. Is there a way to settle that?

Mr. Mishara: Well, there are legislative bodies and medical associations which have defined terminology. The terminology is defined in the law in The Netherlands very clearly as I presented it. The American Medical Association defined "active euthanasia" and I think that the common scientific community definition avoids physician-assisted suicide up until the last several years. Physician-assisted suicide has appeared in publications partly because of the publicity of Dr. Jack Kevorkian in the United States who said: "I am not killing people. I am assisting in their suicide," and newspapers used this.

The Sue Rodriguez case in Canada is another case where, from my point of view, her request was inappropriate because section 241 concerns suicide and what she was saying is, "When I get to such a point where I am not able to commit suicide, I would like someone to end my life." If someone ends her life under that situation, what is suicidal in it? All that is suicidal is the intent.

[Translation]

En termes relatifs, nous en savons très peu sur ce qui se passe vraiment au Canada. Il y a de nombreux cas d'euthanasie volontaire et involontaire qui se produisent dans diverses circonstances, et il vaudrait peut-être la peine de recueillir plus de données.

Enfin, je veux seulement réitérer le droit fondamental de la personne qui décide de ne pas mener un projet de suicide à terme et l'importance des pressions sociales et psychologiques qui entrent en jeu quand une autre personne participe au processus. Merci.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Mishara.

Votre recommandation quant à l'usage du terme «suicide assisté» nous met encore une fois dans l'embarras. Bien sûr, vous savez peut-être que l'Association médicale canadienne emploie ce terme. D'autres encore emploient ce terme. S'il y a une chose que nous avons décidée, c'est que nous ne savons pas vraiment quel terme employer.

Voilà une des questions que nous n'allons pas régler. En bout de ligne, après avoir entendu l'avis de plusieurs professionnels, il est à espérer que nous allons nous entendre sur le terme qu'il faut employer pour désigner ces diverses actions. Pour le moment, c'est très difficile à suivre et, bien sûr, l'Europe emploie une autre terminologie.

Le sénateur Beaudoin: Vous avez soulevé la question de savoir si un suicide assisté est vraiment un suicide assisté. Ce n'est pas un suicide qui est assisté.

Ce qui me ramène à la question célèbre que j'ai soulevée au cours de ma première journée ici, soit de savoir: est-ce qu'il nous faut un lexique? Est-il possible d'avoir un lexique des termes médicaux? Cela nous serait très utile, car nous allons parler d'euthanasie active, d'euthanasie passive, de suicide, de suicide assisté et peut-être un acte se trouve-t-il dans une catégorie pour une personne, mais dans une autre, pour une autre personne. Y a-t-il une façon de régler cela?

M. Mishara: Eh bien, il y a des assemblées législatives et des associations médicales qui ont défini une terminologie. La terminologie définie dans la loi des Pays-Bas est très claire, telle que je l'ai présentée. L'association médicale des États-Unis a défini l'«euthanasie active», et je crois que la définition la plus courante adoptée par le monde scientifique ne parlait pas de suicide assisté par le médecin avant une époque récente. Le terme est apparu dans les publications du fait, en partie, de la publicité entourant le Dr Jack Kevorkian, aux États-Unis, qui affirmait: «Je ne tue personne. Je les aide à se suicider.» Et les journaux s'en sont servi.

L'affaire Sue Rodriguez au Canada représente un autre cas où, à mon avis, la demande n'était pas appropriée en raison de l'article 241 et de ce qu'elle disait: «Quand j'en arriverai au point où je ne peux me suicider, j'aimerais que quelqu'un mette fin à ma vie.» Si quelqu'un met fin à sa vie dans cette situation, où est le suicide? C'est seulement l'intention qui est suicidaire.

[Text]

I am not a lawyer, but it has been explained to me that, according to Canadian law, one may not use as a defence in the case of homicide the fact that the other person requested or wanted a person to commit that act. The confusion in Canada is largely due to the fact that she requested someone end her life when she is incapable of ending her life and that is not self-inflicted death.

In Germany there are several different terms for suicide; it is a little easier there to make some of these distinctions. I would favour adopting a fairly strict definition of suicide and letting it refer to self-inflicted death, and physician assistance being limited to providing the means or information.

Senator Lavoie-Roux: You have given us certain numbers of statistics about the Dutch situation. For instance, you said that 22,500 people in The Netherlands have died from morphine overdoses. Are there any statistics existing for Canada? I have three or four biological wills in my hands from my friends, who are not presently in a dying situation, but if it ever gets to that, I should use my judgment to decide if they should receive medication even if it would hasten their death.

I am sure this is being used with cancer patients and AIDS patients and perhaps other types of illnesses. Do we have any statistics in Canada? We are conducting a large study and perhaps already such percentages of death in Canada are brought about by overdoses of medication.

M. Mishara: Je vous répondrai en français, sénateur Lavoie-Roux. Il n'y a aucune étude à ma connaissance au Canada. Même dans les Pays-Bas, quand ils ont essayé de vérifier combien de ces cas de décès dus à la morphine étaient indiqués dans les certificats de décès, il n'y avait seulement qu'un cas. Dans les Pays-Bas cela n'est pas légal. Ils ont un mécanisme pour accepter le suicide actif en faisant un rapport, il n'y a pas de procès. Mais ils n'ont pas encore institué un mécanisme pour l'euthanasie active sans consentement. Une grande majorité de ces cas sont sans consentement.

Le sénateur Lavoie-Roux: Où avez-vous trouvé ce chiffre?

M. Mishara: Ce chiffre vient du rapport du gouvernement qui est très intéressant. C'est un rapport du gouvernement que vous devriez avoir, il est très accessible. Leur conclusion parle seulement des cas d'euthanasie active et de suicide avec assistance médicale. Mais quand on regarde de près les données, cela se trouve dans le chapitre sur «*Pain Relief*». Il y a un autre chapitre qui indique qu'il y avait tant de décès dus à la morphine dans un certain nombre de cas, et cetera. Ils ont toutes les bonnes données mais ils n'ont pas considéré cela comme un cas d'euthanasie active. C'est certain que dans la majorité des cas ce sont vraiment des soins palliatifs. L'objectif, l'intention c'est de diminuer la souffrance et la douleur. Le fait que la personne meure plus tôt, c'est une conséquence mais l'objectif c'est que la personne ne souffre pas.

[Traduction]

Je ne suis pas avocat, mais on m'a expliqué que, selon le droit canadien, on ne peut utiliser pour défense dans une affaire d'homicide le fait que l'autre personne aurait demandé ou voulu qu'une personne commette l'acte. La confusion qui règne au Canada est attribuable en grande partie au fait qu'elle a demandé que quelqu'un mette fin à sa vie au moment où elle serait incapable elle-même de le faire et qu'elle ne s'est pas enlevée la vie elle-même.

En Allemagne, il existe plusieurs termes distincts pour désigner un suicide; il est plus facile d'y faire certaines de ces distinctions. Je serais en faveur d'une définition assez stricte du suicide où il faut que la personne s'enlève la vie elle-même et d'une définition de l'assistance du médecin qui se limite au fait de fournir les moyens ou l'information nécessaires.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous nous avez donné certaines statistiques à propos de la situation dans les Pays-Bas. Par exemple, vous avez dit que 22 500 personnes dans les Pays-Bas sont mortes d'une surdose de morphine. Y a-t-il des statistiques comparables pour le Canada? J'ai trois ou quatre testaments biologiques que mes amis m'ont confiés. Ils ne sont pas à l'article de la mort pour le moment, mais si jamais ils en viennent à cela, il faudrait que j'utilise mon jugement pour décider s'ils doivent recevoir des médicaments, même si cela les rapproche de la mort.

Je suis sûre que cela se fait chez les malades cancéreux et les sidéens et peut-être d'autres malades encore. Avons-nous des statistiques là-dessus au Canada? Nous sommes en train d'effectuer une étude d'envergure et peut-être qu'il y a déjà au Canada une certaine proportion des décès qui sont causés par une surdose de médicament.

Mr. Mishara: I will answer your question in French, Senator Lavoie-Roux. There are no statistics on this issue for Canada. Even in the Netherlands, when they tried to verify how many of these deaths from morphine overdose were recorded as such on the death certificates, there was only one such record. In Holland, it is not legal. They have a mechanism for accepting active suicide by making a report - there is no trial. But they have not yet instituted a mechanism for active euthanasia without consent. A great majority of these cases are without consent.

Senator Lavoie-Roux: Where did you find that figure?

Mr. Mishara: The figure comes from the government's report, which is very interesting. You should have this report, it is easy to get a copy. The conclusion mentions only active cases of euthanasia and physician-assisted suicide. When you take a closer look at the data, the issue is covered in the chapter entitled "*Pain Relief*". There is another chapter that gives the proportion of deaths from morphine overdose in a given number of cases, and so forth. All the data is there, but the authors did not consider these to be cases of active euthanasia. Certainly, in the majority of cases, it was really palliative care. The goal, the intent is to reduce suffering and pain. The person might die sooner as a consequence, but the objective is to eliminate suffering.

[Texte]

Dans un certain nombre de cas, 36 p. 100 des médecins ont admis que l'objectif était de mettre fin à la vie de la personne. Peut-être que l'on a besoin de données pour le Canada. On a besoin de faire des études là-dessus.

Le sénateur Lavoie-Roux: Comme il y a beaucoup d'unités de soins palliatifs maintenant dans un grand nombre d'hôpitaux, au moins dans les grandes villes, probablement qu'au moins cette étude-là pourrait être faite et des chiffres pourraient être établis d'une façon assez rigoureuse.

Je suis d'accord avec vous sur la mauvaise utilisation de l'expression: (je trouve que c'est peut-être encore pire en français), «suicide assisté». Cela m'a toujours mis très mal à l'aise et cela pour deux raisons. La première c'est qu'un suicide c'est un suicide, c'est quelqu'un qui se donne la mort tandis que dans l'autre cas, le suicide assisté, c'est une situation différente et aussi pour des raisons d'antécédents personnels. Je trouve que le terme de suicide assisté est mauvais.

Dans la première partie de votre présentation, vous avez parlé assez longuement des gens qui veulent se suicider et qui finalement changent d'idée. Est-ce que vous vouliez, (je ne veux pas vous faire faire un rapprochement que vous n'avez pas fait) est-ce que le message peut-être que vous nous donné c'est qu'aussi dans le cas des personnes qui demandent et même qui signent un testament biologique, et cetera, ou qui font des demandes dans ce sens-là, changent aussi souvent d'idée? Cela doit nous amener à une grande prudence parce qu'on se dit qu'on a le consentement de la famille, ils ne sont peut-être plus dans une position pour réviser la décision qu'ils ont prise alors que pour celui qui se suicide cela peut être différent car il est encore très conscient. Est-ce qu'il y a une mise en garde que vous voulez nous faire là-dessus?

M. Mishara: Probablement, quand on regarde les recherches sur l'expérience des personnes en phase terminale, il y a deux choses qui ressortent. Premièrement, il y a beaucoup de déni; on nie le fait qu'on va mourir même si on l'accepte en même temps. Et, deuxièmement, beaucoup d'ambivalence.

Donc, un des problèmes et c'est un des défis pour votre comité, c'est comment on peut protéger les droits des individus de changer d'avis, de signer un document un jour quand ils se sentent seuls, isolés, ils ont peur de mourir seuls et avec trop de souffrance et que suite à des bonnes interventions pour soulager ces douleurs, se sentent mieux, se sentent différemment. La bonne réponse, c'est une bonne relation avec un médecin qui comprends bien et sait comment prendre des décisions, cela suffit. Je connais de tels médecins et j'ai confiance en ces médecins. Mais ce n'est pas tout le monde qui a accès à une relation intime avec le médecin. Il y a même des recherches qui suggèrent qu'un certain nombre de médecins ont tendance à abandonner leurs patients quand il n'y a rien à faire au niveau médical pour empêcher qu'ils meurent.

Donc, il y a un problème, à savoir, comment on peut s'assurer de la qualité des soins et que tout le monde profite d'une bonne relation avec d'autres personnes qui sont appelées à prendre ces décisions.

[Translation]

In some cases, 36 per cent of doctors admitted that the objective was to end the person's life. Perhaps we do need data for Canada. We need to look into this.

Senator Lavoie-Roux: Since there are palliative care units now in many hospitals, at least the ones in the cities, perhaps a study could be done at least on this point and specific numbers could be obtained.

I agree with you that the term (I find it even worse in French) "suicide assisté" or "assisted suicide" is badly used. It has always made me uncomfortable, for two reasons. One, a suicide is a suicide, it means someone has killed himself or herself, whereas an assisted suicide is a different situation involving one's personal background. I think the term "assisted suicide" is wrong.

In the first part of your presentation, you spoke at length about people who wanted to commit suicide and who then had second thoughts about it. I do not want to put words in your mouth, but are you also telling us that people who ask and even who sign a living will and so forth, or who ask for it, also often change their minds? We would have to tread very carefully here because we tell ourselves that we have the family's consent, the patient may no longer be capable of going back on a decision they made earlier, whereas the case of people committing suicide is very different because they are still conscious. Did you want to warn us about this?

Mr. Mishara: When you look at the research on the experiences of people in the terminal stage of an illness, there are two points that become clear. One, there is a great deal of denial: we deny the fact that we are going to die even though at the same time we accept it. Second, there is a great deal of ambivalence.

So one of the problems - and this is one of the challenges for your committee - is how to protect the rights of individuals to change their mind; they may have signed a piece of paper one day when they were feeling alone and isolated. They are afraid of dying alone and in great pain, but after the pain is effectively relieved, they feel better and they feel differently. The right answer is a good relationship with a doctor who understands and knows how to make decisions - that should be good enough. I know doctors like this and I trust these doctors. But not everyone has a close relationship with their doctor. There is even research that suggests that some doctors tend to abandon their patients when there is nothing else that can be done medically to keep them alive.

That is a problem — how can we make sure that the patient receives high-quality care and that they have a good relationship with the people around them who are responsible for making these decisions?

[Text]

Senator Keon: I was interested as your line of reasoning unfolded in your analysis of the European literature. You did not come out and say that you think that the practice of euthanasia is leading to a somewhat careless or sloppy administration of narcotics to people who are seriously or terminally ill, but the numbers you suggested would tend to create the impression that you feel that way. Would you be explicit about that?

Mr. Mishara: I will be better prepared to answer that question several months from now. The Bora Laskin fellowship starts June 1 this year, it is for 1994-95, and I will be studying this very closely over the next year. There are two issues. One issue is that there are still some practices in Canada where persons who are suffering are not given sufficient medication to control their suffering for fear they will become drug addicts in the last hours of their lives. There is a concern over having sufficient medication to control pain and suffering.

At the same time, it is astonishing the numbers, just the bottom line numbers, when we count out all the people who did not see a doctor when they died, they died by accident or at home alone. What percentage of people's deaths are attributable to a morphine overdose, there is no specific answer to it.

The Chairman: You mentioned that rational decisions are almost always influenced by some emotion or another. In that context, would a rational decision influenced by emotion still allow a person to be considered competent? I am asking within the definition that is used very often in these cases of a competent person making a decision to ask for assisted suicide or death or to commit suicide himself.

Mr. Mishara: Legal competence is another issue. There is a debate on this. In terms of people who are suicidal, even those who are terminally ill, some people in the psychiatric community say that the vast majority are suffering from clinical depression and are actually mentally ill, so a legal competence issue may arise.

The concern that I tried to express is that the more people are involved in the decision making and the more social the situation becomes, the less freedom an individual has to make a decision without undue influence from those other persons. If one were to favour some form of active euthanasia, my concern would be that the more you institutionalize it as something, do you do this with a whole team in a special place and so on and so forth, the less easy it is for the person to change their mind and decide for some other option.

Sometimes one talks about death in such ways that we want to make it less deathly. It is terrifying for some people to confront their own death. It is terrifying to stand on a ledge and look down and say, "I could kill myself," or to have a gun in one's hand and say, "I am really going to die."

One of the dangers is that when this becomes medicalized, it seems more like going to sleep than really dying. You do not have the gun in your hand, and you do not have the pill you have

[Traduction]

Le sénateur Keon: Le développement de votre analyse de la documentation européenne m'a intéressé. Vous n'avez pas dit directement que la pratique de l'euthanasie conduit à l'administration quelque peu mal avisée de stupéfiants à des gens qui sont très malades ou en phase terminale, mais les chiffres que vous avez révélés tendent à créer l'impression que vous le pensez. Qu'en est-il vraiment?

M. Mishara: Je serai mieux placé pour répondre à cette question dans plusieurs mois. La bourse Bora Laskin commence le 1^{er} juin de cette année — c'est pour 1994-1995 — et je vais étudier cela de très près au cours de l'année à venir. Il y a deux questions. D'abord, il y a au Canada des cas où l'on ne donne pas suffisamment de médicaments à une personne qui souffre pour atténuer sa souffrance, de crainte qu'elle ne devienne toxicomane au cours des dernières heures de sa vie. C'est une préoccupation: l'idée de donner suffisamment de médicaments pour contrôler la douleur et la souffrance.

En même temps, il est ahurissant de voir les chiffres, les statistiques de base, le nombre de gens qui n'ont pas consulté un médecin avant de mourir, car ils sont morts d'un accident ou ils sont morts seuls, à la maison. Quel pourcentage des décès est attribuable à une surdose de morphine? Il n'y a pas de réponse précise à cette question.

La présidente: Vous avez dit que les décisions rationnelles sont presque toujours influencées par une émotion ou une autre. Dans ce contexte, une personne qui prend une décision rationnelle où l'émotion intervient peut-elle encore être considérée comme capable? Je vous renvoie à la définition qui est utilisée très souvent dans ces cas — une personne capable de prendre une décision demande une mort ou un suicide assisté ou encore de se suicider elle-même.

M. Mishara: La capacité légale est une autre question. Il y a un débat là-dessus. Certains membres de la profession psychiatrique estiment que la vaste majorité des personnes suicidaires, même celles qui sont en phase terminale, souffrent de dépression clinique et sont, de ce fait, atteintes d'un trouble mental, de sorte que la question de l'aptitude au sens juridique peut entrer en jeu.

J'ai essayé de signaler que plus il y a de gens qui participent à une décision, plus la situation devient sociale et moins la personne est libre de prendre une décision sans subir une influence induite d'autrui. S'il faut préconiser une forme quelconque d'euthanasie active, je dirais que plus la situation est officialisée — et faut-il le faire avec une équipe entière dans un endroit particulier et ainsi de suite? — moins il est facile pour la personne de changer d'idée et de choisir une autre option.

Parfois, en parlant de la mort, on veut la rendre moins mortelle. Il est terrifiant pour certaines personnes de faire face à leur propre mort. Il est terrifiant de regarder au bas dans l'abîme et de dire: «je pourrais me tuer» ou de prendre le fusil dans ses mains et de dire: «je pourrais vraiment mourir».

Un des dangers, c'est qu'une fois le phénomène médicalisé, cela ressemble plus au sommeil qu'à la mort. Vous n'avez pas de fusil entre les mains, vous n'avez pas de pilules à prendre — mais

[Texte]

to take, but a doctor is going to put you to sleep, and it is going to be a little different. It seems that we are trying to make death more pleasant.

One of the issues that has been raised is: Are we thereby condoning some general societal denial of death, and shouldn't death stay deathly and stay somewhat terrifying for people who are toying with the idea of dying or not dying? That is one of the key issues as well.

The Chairman: It is an interesting idea, because I would think that for most of us it would give us more comfort to think that death is just part of the process of living, the final step, instead of trying to frighten people into a position —

Mr. Mishara: I am not saying that one should frighten people, but that one should take the prospect of dying prematurely quite seriously and not try to deny in any way that it is a final prospect.

One of the things we do know about suicide is that very often suicidal people think of suicide as a way of ending their pain, and they talk about it as if they're going to go on to enjoy that lack of pain thereafter. It may be based on certain religious beliefs or beliefs about the hereafter. That may be the case, but very often there is a certain thinking about suicide which is not very realistic. "I am going to kill myself, I will not suffer any more, and then I'll appreciate this, that, and the other thing." I would not want to do things which would encourage that type of delusion.

Senator Lavoie-Roux: Could we run the danger of making death so nice and easy that it would become just a notion of death?

Mr. Mishara: That's one of the issues. We know in suicide prevention that availability of means is a risk factor. Controlling availability of firearms reduces suicides. Putting fences on bridges reduces suicidal risk. Most people do not use another means, although some do. If easy means are available, it is more likely for impulsive suicide.

The Chairman: Dr. Mishara, thank you very much for that very interesting and worthwhile presentation. We appreciate your being here with us today. Thank you.

The committee adjourned.

[Translation]

un médecin va vous endormir, et ce sera un peu différent. On dirait que nous essayons de rendre la mort plus agréable.

D'où une des questions qui ont été soulevées: cherchons-nous, de cette façon, à tolérer un déni général de la mort de la part de la société et ne faudrait-il pas que la mort demeure mortelle et quelque peu terrifiante pour les gens qui l'envisagent? Voilà aussi une des questions clés.

La présidente: C'est une idée intéressante, car pour la plupart d'entre nous, je crois, cela nous rassure de penser que la mort est seulement une partie de la vie, l'étape finale, plutôt que d'essayer d'effrayer les gens pour qu'ils —

M. Mishara: Je ne dis pas qu'il faudrait effrayer les gens, mais qu'il faut envisager très sérieusement la perspective de mourir prématurément et ne pas essayer d'en nier de quelque façon que ce soit le caractère final.

Une des choses que nous savons au sujet du suicide, c'est que, très souvent, les gens y voient une façon de mettre fin à leur douleur, et ils en parlent comme s'ils allaient apprécier par la suite l'absence de douleur. Cela peut être fondé sur certaines croyances religieuses ou certaines convictions à propos de l'au-delà. Cela peut être le cas, mais, très souvent, certaines idées au sujet du suicide ne sont pas très réalistes. «Je vais me tuer, je ne souffrirai plus, et ensuite je vais apprécier ceci et cela.» Je ne voudrais pas faire quelque chose qui encourage ce genre d'illusion.

Le sénateur Lavoie-Roux: Est-ce que nous risquons de rendre la mort si belle et facile qu'elle ne deviendrait qu'une apparence de mort?

M. Mishara: C'est là une des questions en jeu. Nous savons, dans le domaine de la prévention du suicide, que la disponibilité des moyens représente un facteur de risque. En contrôlant la disponibilité des armes à feu, on réduit le nombre de suicides. En installant des clôtures sur les ponts, on réduit le risque de suicides. La plupart des gens ne recourent pas à d'autres moyens, bien que certains le fassent. Si les gens ont des moyens faciles à leur disposition, ils sont plus susceptibles de se suicider impulsivement.

La présidente: Monsieur Mishara, merci beaucoup de cet exposé très intéressant et très valable. Nous vous sommes reconnaissants d'être parmi nous aujourd'hui. Merci.

Le comité suspend ses travaux.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the University of Victoria:

Dr. Eike-Henner W. Kluge.

From the Canadian Association for Suicide Prevention:

Dr. Brian Mishara.

De l'Université de Victoria:

Dr. Eike-Henner W. Kluge.

De l'Association canadienne pour la prévention du suicide:

Dr. Brian Mishara.



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Tuesday, April 26, 1994

Le mardi 26 avril 1994

Wednesday April 27, 1994

Le mercredi 27 avril 1994

Issue No. 3

Fascicule n° 3

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Lavoie-Roux
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Neiman
Keon	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Pursuant to Rule 86(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Corbin substituted for that of the Honourable Senator Gigantès (April 19, 1994)

The name of the Honourable Senator Desmarais substituted for the Honourable Senator DeWare. (April 22, 1994).

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Lavoie-Roux
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Neiman
Keon	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Conformément à l'article 86(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Corbin est substitué à celui de l'honorable sénateur Gigantès (le 19 avril 1994).

Le nom de l'honorable sénateur Desmarais est substitué à celui de l'honorable sénateur DeWare (le 22 avril 1994).

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, April 26, 1994

(6)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day in Room 356-S, at 11:10 a.m., the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Corbin, Lavoie-Roux, Keon, Neiman and Perrault. (6).

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir, Mr. Daniel Dupras.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued its study on euthanasia and assisted suicide.

The Committee continued consideration of future business.

At 11:55 a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

WEDNESDAY, April 27, 1994

(7)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:20 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Desmarais, Lavoie-Roux, Neiman, Perrault. (4).

Other Senator present: The Honourable Senator Kinsella.

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir and Mr. Daniel Dupras.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

WITNESS:

Réjean Carrier

Mr. Carrier made a statement and answered questions.

The Honourable Senator Lavoie-Roux moved that reasonable travel and living expenses for Réjean Carrier for the purposes of appearing before the committee be paid upon request

The question being put on the motion, it was agreed.

At 4:55 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du Comité

Gary Levy

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

Le MARDI 26 avril 1994

(6)

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui dans la salle 356-S, à 11 h 10, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Corbin, Lavoie-Roux, Keon, Neiman et Perrault. (6)

Présents: De la Bibliothèque du Parlement, Service de recherche : M^{me} Mollie Dunsmuir, M. Daniel Dupras.

Conformément à son ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le Comité poursuit son étude de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le Comité poursuit son examen de ses travaux futurs.

À 11 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ :

Le MERCREDI 27 AVRIL 1994

(7)

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 20, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Desmarais, Lavoie-Roux, Neiman, Perrault. (4)

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Kinsella.

Présents: De la Bibliothèque du Parlement, Service de recherche: M^{me} Mollie Dunsmuir et M. Daniel Dupras.

Également présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à son ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le Comité poursuit ses audiences pour son étude de l'euthanasie et du suicide assisté.

TÉMOIN :

Réjean Carrier

M. Carrier fait une déclaration et répond aux questions.

L'honorable sénateur Lavoie-Roux propose de payer à Réjean Carrier, sur demande, une indemnité raisonnable de subsistance et de déplacement pour être venu comparaître devant le Comité.

La proposition, mise aux voix, est adoptée.

À 16 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du présidente.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, April 27, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (Chairman) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, I do apologize first of all to our witness and to you all for keeping you waiting. We talked a little longer than usual in the Senate. Then I had to speak on another matter just for a few minutes.

Mr. Carrier, welcome to our committee this afternoon, and again my apologies for keeping you waiting.

Mr. Carrier, as honourable senators will have noted, is a member of the *Corporation professionnelle des travailleurs sociaux de Québec*. However, he is making his presentation today on his own behalf. He is a social worker and will be presenting his own point of view from his personal experience. The corporation will be making a presentation later on during our hearings.

Mr. Carrier, if you would like to proceed?

M. Réjean Carrier (travailleur social, membre de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux de Québec): Je vous remercie de me recevoir en audience comme témoin sur cette question difficile qu'est l'euthanasie et le suicide assisté.

Il me fait grand plaisir d'être présent. Je pratique à l'Hôtel-Dieu de Québec depuis un an. J'ai pratiqué, auparavant, pendant neuf ans, à la Maison Michel Sarrazin. Et, je voudrais vous dire que je ne suis pas ici à titre de philosophe, ni d'éthicien. Je suis ici comme praticien, comme personne, comme travailleur social qui vit avec des malades en phase terminale. C'est mon quotidien de vie, je dirais depuis plus de 10 ans.

Mon rôle est de les accompagner dans cette dernière étape de vie; d'accompagner également les proches pour les aider à se préparer à la mort et d'accompagner également les proches après le décès lorsque certaines situations de deuil sont difficiles à vivre.

Ce matin, en me réveillant, m'est passé comme un film de certains malades qui j'ai l'impression m'accompagne, aujourd'hui, et j'aimerais avant d'aborder cette question de l'euthanasie et du suicide assisté simplement vous amener ces malades ici avec nous.

Je pensais à cette Marie-Jeanne qui est une dame de 52 ans qui a connu une agonie très longue, très difficile, avec des états d'inconscience qui duraient longuement qui, un jour, se réveille de cet état pour dire: «cela a du sens; mon mari qui a toujours

TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 27 avril 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15 conformément à l'ordre de renvoi qui lui a été donné d'examiner et de faire rapport sur les aspects légaux, sociaux et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le sénateur Joan Neiman (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, je présente d'abord mes excuses à nos témoins et à vous tous pour vous avoir fait attendre. Nous avons parlé un peu plus longtemps que d'habitude au Sénat et il m'a fallu ensuite traiter d'une autre question pendant quelques minutes.

Monsieur Carrier, je vous souhaite la bienvenue à notre comité cet après-midi et je vous prie encore une fois de m'excuser de vous avoir fait attendre.

M. Carrier, comme les honorables sénateurs l'auront sans doute remarqué, est membre de la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec. Toutefois, il nous présente aujourd'hui un exposé à titre personnel, en sa qualité de travailleur social et de l'expérience qu'il a vécue. La corporation présentera elle-même un exposé, un peu plus tard, au cours de nos audiences.

Monsieur Carrier, si vous voulez bien commencer?

Mr. Réjean Carrier (social worker, member of the Corporation professionnelle des travailleurs sociaux de Québec): Thank you for receiving me as a witness at this hearing on this difficult issue of euthanasia and assisted suicide.

It is a great pleasure for me to be here. I have been practising at the Hôtel-Dieu de Québec for one year. Prior to that, I practised at the Maison Michel Sarrazin for nine years. And I would like to tell you that I am not here as a philosopher or ethicist. I am here as a practitioner, as a person, as a social worker who lives with terminally ill patients. That has been my day-to-day life I would say for more than 10 years.

My role is to provide them with special care and attention in this final stage of life and to do the same for their relatives in order to help them prepare for the patient's death and to ease them through certain difficult mourning situations after the death.

When I woke up this morning, it was as though I saw a film of some patients who I feel have accompanied me here today, and, before addressing this issue of euthanasia and assisted suicide, I would simply like to introduce those patients to you.

I am thinking of Marie-Jeanne, who is a 52-year-old woman who went through a very long and very difficult period of suffering with long periods of unconsciousness and who awoke one day from that state and said: "This means something; my

[Texte]

été responsable se prépare au fait que je n'y serais plus. Il devient responsable face à nos trois adolescents.»

Je pensais également à Andrée, cette femme de 40, qui, avant de mourir, quelques heures avant de mourir disait en colère qu'elle ne voulait pas mourir, que ce n'était pas son projet de vie.

Je pensais aussi, ce matin, à cet homme politique qui demande l'euthanasie parce qu'il ne pouvait accepter la détérioration de ses fonctions intellectuelles.

Me venait en tête également cette religieuse qui connaît une agonie très longue et qui croit que cette agonie est due à l'expiation qu'elle doit faire dans sa vie d'où une souffrance morale très importante et une demande de mourir.

Je pensais à ce père de cinq enfants qui ne voulait pas dire même à la veille de mourir à ses enfants qu'il allait mourir. Il demandait l'euthanasie pour que l'on puisse éviter aux enfants de vivre cette phase terminale.

Je pensais à cette personne âgée qui ne voulait pas mourir parce qu'elle attendait la naissance de son arrière-petit-fils.

Me venait également en tête cette dame qui a grandi à l'orphelinat et, qui découvre, en fin de vie par la relation avec les soignants, amour et compassion.

Je pensais à cette jeune femme de 30 ans, qui lors du tremblement de terre, il y a quatre ans, a eue la frousse de mourir, et pourtant, elle était en phase terminale, et deux semaines plus tard, elle mourait de son cancer.

Je pensais à cet homme qui après deux ans d'hospitalisation, suite à un syndrome latéral amyotrophique essaie de mettre fin à ses jours à l'hôpital avec une lame de rasoir. Il n'avait pas la force physique; il n'a pas pu réussir ce suicide.

Je pense enfin à cet homme qui, la veille de mourir, demande à sa soeur d'acheter un cadeau de Noël à son épouse et à sa fille. Quelques jours plus tard, il était mort.

Ces quelques cas simplement pour dire que la fin de vie est une étape importante et une étape où il y a plein de vie.

Que l'on veuille mourir ou pas, il se passe quelque chose. Enfin, les problèmes éthiques reliés aux questions de l'euthanasie et du suicide assisté sont dans l'air du temps, bien sûr, et les émissions de télé, les sondages, les procès devant les tribunaux, font qu'un débat de société est engagé.

Plus cet événement est médiatisé, plus on remarque, dans nos centres hospitaliers, une évolution dans cette demande d'euthanasie. On a de plus en plus de malades qui demandent l'euthanasie; on a de plus en plus de familles qui demandent l'euthanasie pour leur malade.

Toutefois, je constate une ambiguïté dans les termes. Certains malades demandent l'euthanasie, alors que lorsque l'on clarifie avec eux, ils demandent d'être soulagés de leurs souffrances. Certains malades demandent l'euthanasie et veulent qu'on leur donne la mort.

[Translation]

husband, who has always been responsible, is preparing for the fact that I won't be here any more. He is becoming responsible for our three teenagers."

I also thought of Andrée, a 40-year-old woman who, before dying, a few hours before she died, said angrily that she didn't want to die, that that was not what she wanted to do in life.

I also thought this morning of a politician who asked for euthanasia because he could not accept the deterioration of his intellectual faculties.

I also thought of a nun who suffered for a very long time and who believed that her suffering was an atonement which she had to go through in her life, hence very great moral suffering and a request to die.

I thought of a father of five children who did not want to tell his children he was going to die even on the day before he died. He requested euthanasia so that his children would not have to live through his terminal phase.

I thought of an elderly person who did not want to die because she was waiting for her great-grandson to be born.

There was also a lady who grew up in an orphanage and who, at the end of her life, discovered love and compassion through her relationship with her caregivers.

I thought of a young woman of 30 who feared for her life during the earthquake four years ago, even though she was terminally ill and would die of cancer two weeks later.

I thought of a man who, after being hospitalized for two years because of amyotrophic lateral syndrome, tried to commit suicide in hospital with a razor blade. He didn't have the physical strength; he was unable to commit suicide.

Lastly, I am thinking of a man who, the day before he died, asked his sister to buy a Christmas present for his wife and his daughter. A few days later, he was dead.

I mention these few cases simply to say that the end of life is an important stage and a stage where there is a great deal of life.

Something happens, whether we want to die or not. Lastly, the ethical problems related to the issues of euthanasia and assisted suicide are very much contemporary issues, of course, and a social debate is under way through television programs, polls and trials in the courts.

The more this becomes a media event, the more we see changes in demand for euthanasia in our hospitals. We have an increasing number of patients who request euthanasia; we have an increasing number of families who request euthanasia for their sick.

However, I have noticed an ambiguity in the terms. Some patients request euthanasia, whereas, when we clarify the matter with them, they ask to be relieved of their suffering. Other patients request euthanasia and want to be allowed to die.

[Text]

Certaines familles demandent l'euthanasie alors qu'ils demandent tout simplement une cessation de traitements pour cesser la douleur. Et dans la population, en général, il m'apparaît y avoir confusion et ambiguïté dans les termes.

Il m'apparaît y avoir confusion et ambiguïté dans les termes chez les soignants également. Il y a trois ans, j'assistais, à Montréal, à un congrès de l'Association québécoise des soins palliatifs et il y a une éthicienne qui nous définissait les termes d'euthanasie différents du suicide assisté, différents de la cessation de traitements, différents des soins palliatifs. Et nous avions à travailler en petit groupe par la suite. Les soignants, en petits groupe, 50 p. 100 n'avaient pas compris la signification des termes et on mêlait encore l'euthanasie et cessation de traitements.

Pour les fins du rapport, voici les quelques définitions que j'amène ici. Quand je parle d'euthanasie, il ne s'agit pas d'euthanasie active ou passive, il ne s'agit pas d'euthanasie volontaire ou involontaire.

L'euthanasie est l'acte de mettre fin à la vie d'une personne par compassion lorsqu'un processus de mort est déjà en cours ou lorsque les souffrances sont devenues insupportables pour cet être humain.

Alors que le suicide assisté sera l'acte de la part d'un individu, professionnel ou non, d'aider une personne à mettre fin à ses jours, cette dernière étant dans l'impossibilité physique de le faire.

La cessation de traitements, pour moi, c'est la décision du malade ou de son mandataire si le malade est inapte de refuser un traitement médical, sachant que ce refus peut entraîner la mort. On laisse faire la nature.

Les soins palliatifs est l'étape où il n'y a plus de traitement médical à offrir pour guérir le malade.

L'objectif des soins est de soulager le malade pour qu'il puisse connaître au plan physique, au plan psychologique, au plan social et au plan spirituel, le meilleur confort possible pour une meilleure qualité de vie possible. La dernière étape de vie est considérée comme une étape à vivre.

Quelques contextes dans lesquels nous recevons des demandes d'euthanasie ou de suicide assisté, un contexte plus facile à identifier, lorsque, par exemple, chez le malade, les douleurs physiques sont intenses et mal contrôlées, malgré les essais médicamenteux.

Notons, qu'en général, et de façon majoritaire, les malades sont soulagés. Il reste une infime partie, à ma connaissance, qui ne le sont pas. Et je dis, à ma connaissance; c'est une connaissance qui est partagée avec d'autres gens du milieu des soins palliatifs. Quand on regarde au niveau de l'Association canadienne des soins palliatifs, on dit le même discours. Il y a très peu de gens qui ne sont pas soulagés.

Un autre contexte où l'on retrouve une demande d'euthanasie est lorsque le malade a des pertes intellectuelles, par exemple, où des pertes d'autonomie très importantes amenant chez lui une

[Traduction]

Some families request euthanasia when they simply want an end to treatment in order to stop the pain, and there seems to me to be confusion and ambiguity in the terms among the general public.

There also seems to me to be confusion and ambiguity in the terms among caregivers. Three years ago in Montreal, I attended a conference of the Quebec Palliative Care Association, and there was an ethicist there who defined euthanasia as different from termination of treatment, different from palliative care. And we subsequently had to work in small groups. In the small groups, 50 per cent of the caregivers had not understood the meaning of the terms and still confused euthanasia with termination of treatment.

For the purposes of the report, here are the few definitions which I put to you here. When I talk about euthanasia, I do not mean active or passive euthanasia; I do not mean voluntary or involuntary euthanasia.

Euthanasia is the act of ending the life of a person for compassionate reasons when a death process is already under way or when suffering has become intolerable for that human being.

Whereas assisted suicide is the act by an individual, professional or otherwise, of helping a person end his or her life, that person being physically unable to do so.

Termination of treatment, in my view, is the decision by the patient or his or her agent whether the patient is unfit to refuse medical treatment, knowing that such a refusal may result in death. Nature is allowed to take its course.

Palliative care is the stage at which there is no medical treatment to offer in order to cure the patient.

The purpose of this care is to alleviate the patient's suffering so that he or she may enjoy as much physical, psychological, social and spiritual comfort as possible in order to enjoy the best quality of life possible. The final stage of life is considered as a stage to be lived.

Here are a few situations in which we receive requests for euthanasia and assisted suicide, an easier situation to identify when, for example, the patient's physical pain is intense and out of control despite attempts to alleviate it with drugs.

Note that most patients generally find relief. To my knowledge, only a very small number do not. And I say, to my knowledge; that knowledge is shared with other people in the palliative care community. When you look at the Canadian Palliative Care Association, the same view is expressed. Very few people do not find relief.

Another situation in which a request for euthanasia is made is when the patient loses intellectual faculties, for example, or loses a considerable degree of self-sufficiency reducing that person's

[Texte]

qualité de vie qu'il considère inacceptable, un sentiment de mal-être et une angoisse très importante et non contrôlable.

Et je pense à notre homme politique que j'ai donné en exemple tout à l'heure qui pour lui la perte intellectuelle était inacceptable.

On rencontre des demandes d'euthanasie aussi lorsque l'agonie se prolonge chez certains malades et devient insupportable pour lui et on parle plus de souffrance morale, ici. Et j'ai donné en exemple la religieuse qui avait l'impression d'expier des fautes de sa vie et ne voulait plus vivre.

Enfin, un autre contexte où est-ce que le malade n'accorde aucun sens à sa phase terminale. Et parfois, il y a des malades qui nous disent: «on tue un animal! Pourquoi pas un être humain, pour le libérer de ses souffrances?» Les familles nous tiennent également ce genre de discours.

Les demandes d'euthanasie, ces contextes appartiennent aux malades, mais les demandes d'euthanasie viennent également des membres de famille.

Un point commun que l'on retrouve dans ces différents contextes est que la mort est ici vue comme une délivrance à la souffrance. Elle est également vue comme un droit chez ces malades, ces cas d'exception, je dirais.

Et, on a une question, je pense bien à se poser ici: «a-t-on droit à la mort ou est-ce que l'on a le droit de mourir dans la dignité. Et, pour moi, la dignité est vue comme la continuité de la personnalité. On parle de la vieillesse, par exemple, et on dit qu'à la vieillesse, la personne continue sa personnalité et quand elle est dans un contexte d'épanouissement, elle peut continuer à vivre et avoir une vie relativement heureuse.

La dignité est la continuité de la personnalité et la possibilité pour le malade souffrant d'être soulagé physiquement, accompagné au plan psychologique, accompagné au plan spirituel, accompagné socialement également, pour lui faciliter cette dernière étape de vie.

Il est démontré de plus en plus que lorsque l'on accompagne un malade au plan psychologique, ses douleurs diminuent et on a moins besoin de médicaments. Et il y a des études en ce sens qui se font.

Mais la demande d'euthanasie, la demande du suicide assisté demeure à mon avis légitime chez les malades qui ont à porter cette souffrance. Et je reviendrai à la légitimité tout à l'heure.

Au Québec et au Canada, depuis les quinze dernières années, on a voulu développer des soins palliatifs en réponse à la demande de l'euthanasie. On a cru que l'on aurait plus de demande de soins palliatifs. Mais il reste une minorité de gens qui ne sont pas soulagés. Et en ce sens là, jusqu'à maintenant, en tous cas, les soins palliatifs n'ont pas été la réponse absolue.

Les objectifs des soins palliatifs, les objectifs poursuivis ne visent en rien la prolongation de la vie ou son raccourcissement. Par contre, la vie peut être abrégée. Si l'on donne des

[Translation]

quality of life to a level he or she considers unacceptable, depriving the patient of any sense of well-being and causing very great and uncontrollable anxiety.

And I'm thinking of our politician whom I cited as an example a moment ago, who found his intellectual loss unacceptable.

Euthanasia is also requested in the case of prolonged suffering in certain patients which becomes intolerable for them, and I am talking more about moral suffering here. And I cited the example of the nun who felt she was atoning for her life's sins and no longer wanted to live.

Lastly, there is another situation in which the patient attaches no meaning to the terminal phase. And sometimes there are patients who tell us: "We kill animals! Why not human beings in order to relieve them of their suffering?" Families also make this kind of remark to us.

Requests for euthanasia — these situations involve patients — but requests for euthanasia also come from family members.

One common point in these various situations is that death is seen as deliverance from suffering. It is also seen by patients as a right, these exceptional cases, I would say.

And I believe we must ask ourselves a question here: "Do we have a right to death or do we have a right to die with dignity?" In my opinion, dignity is seen as continuity of personality. We speak of old age, for example, and we say that in old age people continue their personalities and as they grow and develop, they can continue to live and have a relatively happy life.

Dignity is continuity of personality and the possibility for the suffering patient to obtain physical relief, to be given special psychological, spiritual, and social care and attention as to ease this final stage of life.

It is increasingly being shown that, when patients are given psychological support, their pain decreases and they have less need for medication. And studies to this effect are being done.

However, requests for euthanasia, requests for assisted suicide are legitimate, in my view, for patients who must bear this suffering. And I will come back to this issue of legitimacy in a moment.

In Quebec and Canada, we have wanted to develop palliative care over the past 15 years in response to the demand for euthanasia. We believe we would have greater demand for palliative care. But there remain a minority of patients who are not given relief. For this reason, until recently in any case, palliative care has not been the absolute answer.

The objectives of palliative care, the objectives pursued are not in any way to extend or shorten life. Life can be shortened, however. If drugs are given, it is possible to shorten life. Here the

[Text]

médicaments, il est possible que la vie soit abrégée. Ici, l'intention n'est pas de tuer la personne mais de la soulager. Et il y a une différence qui est importante à faire.

Malgré les soins palliatifs, je disais tout à l'heure qu'il y a toujours des demandes d'euthanasie ou de suicide assisté.

Certains milieux de soins palliatifs ont développé, après avoir tout essayé, au niveau médicaments, au niveau accompagnement des malades, ont développé la technique de sédation. C'est-à-dire de faire dormir la personne pour lui enlever l'état de conscience de sa douleur physique ou morale.

Cette technique peut être vue comme étant proche de l'euthanasie au sens où l'on enlève l'état de conscience de la personne. Mais il s'est avéré dans certains milieux le seul moyen pour soulager. Alors, l'intention dans cette technique est de soulager et non de tuer.

Toutefois, il y a un danger dans l'utilisation de cette technique parce que l'on pourrait aussi en abuser. Par exemple, qui peut décider qu'une détresse est insupportable pour le malade et que l'on doit le faire dormir. Si cette technique était une alternative au soulagement de la douleur et à l'euthanasie, un protocole d'évaluation serait nécessaire pour éviter que cela devienne une prescription facile.

Il serait facile de prescrire devant une douleur morale. La mort vient nous chercher tous. Nous sommes tous mortels et nous avons tous cela en commun autour de la table. Nous allons tous mourir. La mort vient nous chercher. J'ai quarante ans, j'ai quatre enfants. Voir mourir un homme de 40 ans me fait penser que je suis mortel plus que je ne le crois. Lorsque je vois un homme de 80 ans, qui est mon père, mourir, cela me fait penser qu'il peut mourir et que je peux le perdre et je dois me préparer.

A cause de ce que la mort nous fait vivre, nous avons toujours le risque de projeter à partir de nos propres valeurs ou de nos propres sentiments. Et il est dangereux de légaliser par exemple l'euthanasie. J'y reviendrai.

L'air du temps, bien sûr, proclame les libertés individuelles, proclame le droit de décider pour soi-même, proclame l'autonomie, proclame le principe de l'autodétermination.

Nous avons mentionné tout à l'heure que la demande d'euthanasie faite par le malade ou ses proches, peut être légitime, au sens où il devient inhumain de souffrir atrocement. Ces différentes considérations pourraient nous faire évoluer vers une légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté.

Légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté, à mon avis, suppose des critères précis, définis et reconnus. En voici quelques-uns: au plan médical, par exemple, le malade ne répondrait pas à la médication permettant de contrôler ses douleurs physiques. Le médecin traitant devrait faire ce constat avec un autre ou d'autres médecins pour éviter la subjectivité. Le malade devrait exprimer sa souffrance comme étant intolérable.

La décision de répondre positivement à une demande d'euthanasie devrait se faire en équipe interdisciplinaire et lorsque je parle d'interdisciplinarité, je parle de différentes

[Traduction]

intention is not to kill the person, but rather to provide relief. And there is a distinction which it is important to make.

Despite the existence of palliative care, as I said a moment ago, there are still requests for euthanasia and assisted suicide.

Some palliative care services have developed after everything else was tried in the way of drugs, special care and attention, the technique of sedation, that is to say putting patients to sleep to render them unaware of their physical or moral pain.

This technique may be considered as being close to euthanasia in the sense that the person is removed from a state of consciousness. But it has proved to be the only way to provide relief in certain instances. So the intention of this technique is to provide relief, not to kill.

However, there is a danger in using this technique because it could also be abused. For example, who can decide whether a state of distress is unbearable for a patient and whether that patient should be put to sleep. If this technique were an alternative to relieving pain and to euthanasia, an assessment protocol would be necessary in order to prevent it from becoming something that would be easily prescribed.

It would be easy to prescribe in the case of moral pain. Death comes to us all. We are all mortal, and all of us around this table have that in common. We are all going to die. Death comes to us. I am 40; I have four children. Seeing a 40-year-old man die makes me realize that I am mortal, more so than I believe. When I see my 80-year-old father die, that makes me think that he can die and I can lose him and I must prepare myself.

Because of what death makes us experience, there is a risk that all of us may project on the basis of our own values and our own feelings. And it is dangerous to legalize euthanasia, for example. I'll come back to that point.

The current trend, of course, is toward individual freedoms, toward the right to decide for oneself, toward self-sufficiency, toward the principle of self-determination.

We mentioned a moment ago that a request for euthanasia by a patient or the patient's relatives may be legitimate in the sense that it is inhuman to suffer horrible pain. These various considerations could make us tend toward legalizing euthanasia or assisted suicide.

Legalizing euthanasia or assisted suicide, in my view, presupposes specific, defined and recognized criteria. Here are some: in medical terms, for example, the patient would not respond to a medication for controlling physical pain. The attending physician should make this diagnosis with another physician or with other physicians in order to avoid subjective judgments. The patient should describe the suffering as intolerable.

The decision to respond positively to a request for euthanasia should be made by an interdisciplinary team, and when I say interdisciplinary, I mean various professions or professions of the

[Texte]

professions ou de professions de mêmes types, mais en interaction les unes avec les autres pour arriver à se faire la meilleure idée sur l'acte à poser.

Malgré ce critère il pourra y avoir dérives, il pourrait y avoir abus. Il s'agirait, par exemple, que tous les membres d'une équipe se sentent impuissants face à une situation pour que l'on considère que le malade réponde aux critères et que l'on pratique l'euthanasie.

Il n'est pas rare dans nos équipes que l'on se sent impuissant devant un malade. Et je pense à une dame qui souffre atrocement et qui présentement ne demande pas à mourir, elle finit par s'adapter. Et toute l'équipe devient presque plus souffrant à cause de cette dame parce que l'impuissance des intervenants est très grande.

Légaliser l'euthanasie; on pourrait se demander: l'euthanasie, parfois, libérerait qui? Est-ce qu'elle libérerait l'inconfort des intervenants ou si elle libérerait la douleur du malade. C'est une question que l'on doit garder en tête.

À mon avis, cela serait une grave erreur de légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté. Les enjeux en seraient grands. Parmi les enjeux chez les soignants, par exemple, confrontés à leur impuissance devant la souffrance, l'euthanasie pourrait devenir une porte de sortie pour régler son propre inconfort, comme je le disais tout à l'heure, et, aussi, s'attribuer un pouvoir abusif sur cet état de vie.

Il y a quelque chose qui nous échappe dans la mort, tous, comme être vivant et c'est la mort. La mort, c'est un inconnu. La mort, cela nous appartient presque pas. On a pas grand pouvoir, présentement, sur la mort.

A force de pratiquer l'euthanasie dans nos milieux, ou le suicide assisté, parce que nous sommes des êtres humains le piège de la facilité guetterait les professionnels. L'euthanasie pourrait devenir une prescription comme une autre.

Il pourrait être tentant, alors que le système de santé coûte cher dans les différentes provinces canadiennes, pour régler ce problème économique de faire mourir nos vieillards, grabataires et confus, qui occupent des lits dans nos centres hospitaliers. Et il ne faut pas se le cacher, les vieillards, dans nos centres hospitaliers, quoi qu'il y ait eu une évolution dans les dernières années, ne sont pas si bien venus par le monde des soignants. On dit souvent qu'il prennent de la place qu'ils prennent trop de place et qu'ils prennent des lits.

Pour la profession médicale où la mort est encore vue très souvent comme un échec, il pourrait y avoir revalorisation de l'acte professionnel si l'on pouvait offrir la mort comme alternative à la souffrance. Le médecin au lieu de dire: «je ne peux plus rien pour toi» pourrait dire: «je peux encore pour toi»; je ne peux pas te guérir, mais je peux t'enlever la vie, et, ainsi, enlever toutes tes souffrances.»

La légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté, à notre avis, ouvrirait la porte dans notre société à la normalisation de l'homicide, à la normalisation du suicide et ainsi un changement dans nos valeurs morales. La recherche sur le contrôle de la douleur et sur l'accompagnement psychosocial et spirituel du

[Translation]

same type, but interacting with each other in order to arrive at the best idea concerning what action should be taken.

Despite this criterion, there may be exceptions; there could be abuses. For example, all the members of a team would have to feel powerless in a situation in order to consider that the patient met the criteria and to carry out the euthanasia.

It is not a rare occurrence for our teams to feel powerless with respect to a patient. And I'm thinking of a woman who is suffering terribly and who is not asking to die; she ultimately adjusts. And the entire team almost suffers more for that woman because the medical staff are totally powerless.

Legalizing euthanasia; one could ask: In some instances, whom does euthanasia free? Does it free medical staff from their discomfort or does it free patients from their pain. That is the question that must be borne in mind.

In my view, it would be a serious mistake to legalize euthanasia or assisted suicide. The stakes would be too great. Among the stakes for caregivers, for example, faced with their powerlessness against suffering, euthanasia could become a way to deal with their own discomfort, as I said a moment ago, and also to assume abusive power over this state of life.

Something in death escapes us all as living beings and that is death. Death is the unknown. Death hardly belongs to us. We do not currently have much power over death.

By practising euthanasia or assisted suicide in our institutions, professionals, being human beings, would have to beware of the trap of the easy solution. Euthanasia could become a prescription like any other.

Since the health system is costly in the various Canadian provinces, it could be tempting to solve this economic problem by killing our elderly, the bedridden and the confused who occupy beds in our hospitals. And we should not deny it: although things have changed in recent years, the elderly are not that welcome in the world of caregivers in our hospitals. It is often said that they take up space, that they take up too much space and that they take up beds.

For the medical profession which still very often sees death as a failure, the image of the professional service could be enhanced if death could be offered as an alternative to suffering. Instead of saying "I can't do anything more for you," the physician could say, "I can still do something for you; I can't cure you, but I can take away your life and thus take away your suffering."

In our view, legalizing euthanasia or assisted suicide would open the door in our society to a normalization of homicide and suicide and thus bring about a change in our moral values. Research into pain control and special psychosocial and spiritual care and attention for patients could well decrease and indeed

[Text]

malade risquerait d'être diminué, voir même devenir non prioritaire. Il en est de même pour les programmes de soins palliatifs.

Et si l'on regarde un petit peu l'expérience des Pays-Bas où l'on pratique l'euthanasie, il y a très peu en termes de programmes de soins palliatifs et de recherche sur la douleur. Alors qu'en Angleterre on ne pratique pas l'euthanasie, ces programmes existent pour venir en aide aux gens en fin de vie.

La légalisation de l'euthanasie pourrait induire chez les malades et dans la population cette idée d'euthanasie. À ce niveau, il peut être facile lorsque l'on est en bonne santé de choisir l'euthanasie ou le suicide assisté pour le moment où l'on sera en phase terminale. Pourtant, on remarque que la majorité des malades en phase terminale sont toujours prêts à continuer à vivre et trouvent encore un sens à leur vie.

La qualité de vie est relative selon ce que l'on vit, selon l'âge que l'on a, selon où l'on est rendu dans notre vie. Par exemple, pouvoir encore se gratter le nez peut être un signe de qualité de vie pour un malade qui est cloué au lit, alors que pour nous, en bonne santé, c'est un geste quotidien auquel on ne pense même pas.

D'autres risques à légaliser l'euthanasie? Quelle perception de la souffrance serait déterminante du choix de l'euthanasie? Est-ce que ce serait celle des malades? Est-ce que ce serait celle des proches, est-ce que ce serait celle des soignants? Parce que la mort nous touche tous comme intervenants, il y a un risque de projection et de subjectivité dans l'évaluation, ici.

Le malade qui demande l'euthanasie ou le suicide assisté peut vivre un moment de découragement, peut vivre une dépression. Est-ce que cette notion de dépression serait évaluée si l'on légalisait l'euthanasie? Est-ce que l'on ne passerait pas trop vite à l'acte.

Il y aurait également un risque que la population perde confiance dans les professionnels de la santé et dans nos institutions. Qui va assurer le malade que son médecin ne pratiquera pas l'euthanasie au moment où il sera en phase terminale? Qui va assurer le vieillard hospitalisé que subtilement, on ne lui injectera pas une médication pour le faire partir, pour le faire mourir. Juste dans les milieux de soins palliatifs, il y a des gens qui sont réticents à entrer dans une unité de soins palliatifs parce qu'ils ont peur que l'on y pratique l'euthanasie.

Il y aurait un risque également que l'on applique l'euthanasie parce que la famille ou les intervenants considèrent que le malade est inconfortable, sans que ce dernier le demande, par incapacité de choisir. Et je pense aux grands malades confus dans nos centres hospitaliers. Il y a ici un danger de jugement de valeur.

Enfin, légaliser l'euthanasie pourrait amener chez le malade, les proches et les soignants une forme de négation de la souffrance inhérente à la mort. Même avec le meilleur contrôle des symptômes, le malade aura toujours à vivre la souffrance de la séparation et du questionnement devant l'inconnu pouvant

[Traduction]

even become no longer a priority. The same would be true of palliative care programs.

If we take a look at the experience of the Netherlands, where euthanasia is practised, there is very little in the way of palliative care programs and pain research, whereas euthanasia is not practised in England and these programs exist there for helping people who have come to the end of their lives.

Legalizing euthanasia could instill this idea of euthanasia in patients and in the general public. As a result, it might be easy for us, when in good health, to choose euthanasia or assisted suicide for when we are in the terminal phase. However, we have observed that the majority of terminally ill patients are still prepared to continue living and still find meaning in their lives.

Quality of life is a relative term depending on what we experience, depending on our age, depending on where we are in our lives. For example, still being able to scratch one's nose may be a sign of quality of life for a bedridden patient, whereas for us, who are in good health, it's a daily gesture which we don't even think about.

What are the other risks in legalizing euthanasia? What perception of suffering would be decisive in choosing euthanasia? Would it be that of patients? Would it be that of their relatives? Would it be that of the caregivers? Since death affects us all as caregivers, there is a risk of projecting and subjectivity in the assessment here.

Patients who request euthanasia or assisted suicide may be going through a period of despondency or depression. Would this depression be assessed if euthanasia were legalized? Wouldn't action be taken too quickly?

There would also be a risk that the general public would lose trust in health professionals and in our institutions. Who will guarantee patients that their doctors will never practise euthanasia when they are terminal? Who will assure the hospitalized elderly that they will not be surreptitiously injected with a drug to knock them out, to kill them. Even in palliative care circles, there are people who hesitate to enter a palliative care unit because they are afraid euthanasia is practised there.

There would also be a risk that euthanasia might be applied because the family or the caregiver considers the patient is uncomfortable without the patient requesting it or being unable to choose. And I am thinking of the critically ill and confused patients in our hospitals. There is a danger here that a value judgment might be made.

Lastly, legalizing euthanasia could induce a form of negation of the suffering inherent in death in patients, relatives and caregivers. Even with the best control of symptoms, patients will always experience suffering at separation and at wondering about the unknown which will make them experience solitude, fear and

[Texte]

faire vivre solitude, peur, angoisse. L'euthanasie risquerait de nier cet état de faits. Cet état qui fait parti de la dernière étape de vie.

Nous croyons que les soins palliatifs demeurent toujours la meilleure réponse à la demande d'euthanasie ou du suicide assisté. En ce sens, il nous apparaît important de développer d'avantage des programmes de soins palliatifs où l'on est très peu avancé, encore, si l'on compare à l'Angleterre dans leurs recherches, par exemple, du contrôle de la douleur, du contrôle des symptômes, dans leurs recherches de l'accompagnement du malade en fin de vie. On est très peu avancé et je pense qu'on peut encore et de beaucoup développer les soins palliatifs.

Malgré tout cela, la demande d'euthanasie existera toujours, à mon avis, toujours pour certains malades souffrants atrocement. Et cette demande sera toujours à mon avis légitime. Nous croyons qu'il appartient à chaque équipe soignante de trouver une solution pour ces malades avec des critères bien établis et clairs, de trouver et de donner réponses à ces cas d'exceptions. Je ne crois pas que l'on doit légaliser à partir d'exceptions.

Et quand je pense à trouver des solutions dans les unités de soins palliatifs dont j'ai fait partie, on est toujours arrivés à trouver des solutions. Et, parfois, la solution ultime a été de faire dormir la personne dans le but de la soulager et non pas dans le but de la tuer. Bien sûr que de faire dormir une personne, cela peut faire venir la mort plus vite. Mais le but n'est pas de la tuer ici, le but est de la soulager. Au plan juridique, là où il y a quelque chose à faire, c'est que les médecins, par exemple, qui donnent une médication pour aider une personne en fin de vie, à être soulagée, ce qui est important est qu'il n'y ait pas d'ambiguïté au plan juridique, de sorte que les médecins se sentent une liberté d'actions.

Enfin, pour conclure, pour avoir suivi des gens, des membres de famille qui ont eu à vivre un deuil d'un parent qui s'est suicidé; il semble que le suicide d'un parent, c'est très difficile à recevoir comme un héritage moral, héritage spirituel pour un fils ou une fille. Qu'en serait-il de l'euthanasie ou du suicide assisté? Quel serait l'impact, la façon de vivre le deuil chez les proches. Pour moi cela demeure un point d'interrogation.

Je vous remercie!

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Carrier.

Le sénateur Beaudoin: Moi, j'ai deux questions à vous poser, monsieur Carrier, une sur le fameux testament de vie et, l'autre, sur le suicide assisté. Je vais commencer par le suicide assisté. Il y a un témoin qui est venu ici la semaine dernière et qui nous disait qu'il n'y a pas tellement de différence entre l'euthanasie et le suicide assisté parce que dans le suicide assisté, même si c'est la personne qui décide du moment de son suicide, c'est tout de même une autre personne qui lui donne, à sa demande, une injection, à la demande.

Alors, lui, il disait, donc que c'est une forme d'euthanasie. Alors, c'est ma première question.

M. Carrier: Enfin, si l'on est dans un contexte hospitalier, si l'on est dans un contexte médical, je pense que c'est une forme

[Translation]

anxiety. Euthanasia could risk denying this state of affairs, this state which is part of the last stage of life.

We believe that palliative care is still the best response to requests for euthanasia or assisted suicide. Consequently, it seems important to us to develop more palliative care programs. We are not yet very advanced in such programs compared to England, with their research, for example, into pain control, symptom control, their research in providing special care and attention to terminal patients. We are not very far advanced, and I think we can still develop palliative care, and to a large degree.

Despite all that, demand for euthanasia will always exist, in my view, for certain patients who suffer horribly. And that demand, in my view, will always be legitimate. We believe that it is up to the caregiving team to find a solution for these patients, a solution with well-established and clear criteria, to find and provide responses to these exceptional cases. I do not believe we should legalize based on exceptions.

And when I think of finding solutions in the palliative care units of which I am a member, we have always managed to find solutions. And sometimes the ultimate solution is to put the person to sleep in order to relieve his or her pain, not in order to kill that person. Of course, putting a person to sleep can bring on death more quickly, but the purpose is not to kill here; the purpose is to provide relief. In legal terms, where something can be done is that physicians, for example, who administer medication to a terminal patient to provide relief... What is important is that there be no legal ambiguity so that physicians feel free to act.

Lastly, in conclusion, having worked with people, family members who have had to mourn a parent who has committed suicide, it appears that the suicide of a parent is a very difficult moral and spiritual legacy for a son or daughter to accept. What will be the case with euthanasia or assisted suicide? What will be the impact? How will relatives experience mourning? That remains a major question mark for me.

Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Carrier.

Senator Beaudoin: I have two questions to ask you, Mr. Carrier, one on this living will and the other on assisted suicide. I am going to begin with assisted suicide. There was a witness who came here last week and told us that there is not much difference between euthanasia and assisted suicide because, in assisted suicide, even if it is the person who decides at the time of his suicide, it is nevertheless another person who gives him an injection at his request.

So he said that it was therefore a form of euthanasia. So that's my first question.

Mr. Carrier: Well, in a hospital context, in a medical context, I think that giving an injection to someone who requests it in order

[Text]

d'euthanasie que de donner une injection à quelqu'un qui la demande pour se suicider. Enfin, on est très proche de l'euthanasie.

Par contre, si l'on est dans un autre contexte; si on est pas dans un contexte médical, peut-être qu'il y a une aide au suicide, c'est-à-dire que la personne ne peut pas le faire elle-même et quelqu'un lui fournit tout ce qu'il faut pour qu'elle fasse l'acte. On est proche, oui. Je pense que l'on est dans le suicide assisté, mais je parlerai moins d'euthanasie parce que l'on est moins dans un problème médical, ici.

Le sénateur Beaudoin: Par exemple, si quelqu'un dit qu'il veut se suicider, mais qu'il n'a pas la force physique de prendre un verre, ou un liquide quelconque; et qu'il demande qu'on l'aide à le faire. Cela m'a l'air du suicide assisté.

M. Carrier: Oui, oui.

Le sénateur Beaudoin: Mais la personne qui dit: «Écoutez, ma qualité de vie, elle est finie, et puis, là, je demande que vous me donniez quelque chose, vous, le médecin ou une autre personne, et je le décide». C'est très près de l'euthanasie! C'est comme si quelqu'un disait: «Je n'en peux plus. Donnez-moi une piqûre quelconque?

M. Carrier: C'est très proche à mon avis. Moi, je parlerais...

Le sénateur Beaudoin: Dans ce deuxième cas-là.

M. Carrier: Oui, absolument.

Le sénateur Beaudoin: Ma deuxième question porte sur le fameux testament de vie. C'est peut-être un peu plus juridique, mais quand même cela existe. C'est la personne qui dit dans son testament ou dans un document quelconque en suivant certaines formes ou certaines formules: si jamais je me trouve dans telles situations, j'aimerais que l'on mette fin à mes jours. Il peut y avoir une législation qui permet cela. Et je ne me prononce pas si c'est bien ou mal.

Mais vous dites, si j'ai bien compris, qu'une personne peut le regretter. Mais la personne qui décide, à un âge quelconque, de se faire euthanasier dans telle et telle circonstances peut toujours changer d'idée, après, cela c'est sûr, comme dans n'importe quel testament. Mais que pensez-vous de cette pratique?

Est-ce qu'il y a des risques possibles, pas sur le plan juridique probablement parce que c'est un peu comme un testament, (je donne ma fortune à un tel ou à une telle et je peux toujours changer cela, aussi longtemps que je suis sain d'esprit). Mais l'autre cas est un peu plus différent parce que la personne dit: «Oui, oui, si jamais je perds conscience et que je suis en phase terminale, pratiquez l'euthanasie». La personne peut toujours changer d'idée, mais, à un moment donné, il sera peut être trop tard.

Pour avoir travaillé sur le terrain, est-ce que vous avez vu cela?

M. Carrier: Je pense à une personne qui avait signée un testament de fin de vie, qui était au dossier médical, et demandait à ce que l'on prolonge pas sa vie par quelques moyens, si elle se retrouvait en phase terminale ou inconscience, suite à sa maladie.

[Traduction]

to commit suicide is a form of euthanasia. At least it is very close to euthanasia.

However, in another context, not a medical context, perhaps it is an aid to suicide, that is to say that the person cannot do it himself and someone provides him with everything he needs in order to do it. We're close to it, yes. I think that it's still assisted suicide, but I would tend less toward euthanasia because this is not a medical problem here.

Senator Beaudoin: For example, if someone says he wants to commit suicide, but he doesn't have the physical strength to drink a glass of something or take some sort of liquid, and asks someone to help him do it. That seems to me to be assisted suicide.

Mr. Carrier: Yes, yes.

Senator Beaudoin: But the person who says: "Look, my quality of life is gone, and I'm asking you, the physician or another person, to give me something and I will make the decision." That's very close to euthanasia. It's as though someone said: "I can't take it anymore; give me some kind of injection."

Mr. Carrier: That's very close in my view. I would say...

Senator Beaudoin: In this second case.

Mr. Carrier: Yes, absolutely.

Senator Beaudoin: My second question concerns this living will. This is perhaps a little more legal, but nevertheless it exists. It concerns the person who says in his will or in some kind of document drafted in accordance with certain forms or certain expressions: If I am ever in such and such a situation, I would like my life to be terminated. There may be legislation that permits that, and I am not going to say whether it's good or bad.

But, if I understood correctly, you said that a person may regret it. However, a person who, at a particular age, decides to undergo euthanasia in a particular set of circumstances may always change his mind afterwards — that much is certain — as in any will. But what do you think of this practice?

Are there potential risks, not in legal terms probably because this is somewhat like a will: I leave my fortune to so and so and I can always change it as long as I am sound of mind. But the other case is slightly different because the person says: Yes, yes, if I am ever unconscious, and if I am terminal, carry out euthanasia. The person can always change his mind, but, at one point, it may be too late.

Having worked in the field, have you seen that?

Mr. Carrier: I am thinking of a person who signed a living will, which was in the medical file, and asked that his life not be prolonged by artificial means if he was terminal or unconscious as a result of his disease. One of the fears that person had was that

[Texte]

Alors, si cette personne était consciente et en phase terminale. Une des peurs qu'elle vivait était que l'on mette fin à ses jours.

Ce que je veux dire, c'est que le testament de vie, il est valable, je pense en termes de s'assurer d'aller vérifier, quand c'est possible avec la personne, si c'est toujours ce qu'elle veut en fin de vie. Parce que la qualité de vie, ce que je disais tout à l'heure, c'est relatif, selon où l'on est rendu dans notre vie. On a cette faculté de s'adapter les êtres humains à des situations qui sont difficiles, comme par exemple, la maladie terminale. Alors, le testament de vie, à mon avis, il est intéressant dans la mesure où l'on s'assurera que l'on ne donnera pas un traitement contre la volonté de la personne et que l'on pourra toujours vérifier avec cette dernière ce qu'elle veut en fin de vie. Si elle est apte toujours à choisir, bien sûr.

Le sénateur Beaudoin: Mais, si elle n'est plus apte?

M. Carrier: Si elle n'est plus apte et que l'on a la preuve et qu'elle ne le sera plus jamais, peut-être que l'on a à laisser aller la nature, c'est-à-dire ne pas prolonger sa vie. Mais, moi, je ne mettrais pas délibérément pas fin à sa vie pour autant.

Le sénateur Beaudoin: Mais c'est là qu'est ma question: si la personne perd conscience et que la personne est maintenue en vie par des appareils, c'est une chose; elle peut être débranchée.

M. Carrier: C'est cela.

Le sénateur Beaudoin: Mais supposons que ce n'est pas une question d'appareils. La personne est sans inconsciente ne sait pas ce qui se passe; on ne sait pas si elle souffre ou non. S'il y a un testament de fin de vie disant que dans un cas comme celui-là, j'aimerais que l'on mette fin à mes jours, là, c'est clair sur le plan juridique. Mais en pratique, ce cas peut-il soulever des difficultés?

M. Carrier: Bien oui. Dans le sens que c'est pas évident de mettre fin aux jours de cette personne-là, si elle est toujours vivante, c'est-à-dire que c'est un acte de donner la mort.

Le sénateur Beaudoin: Oui.

M. Carrier: Par contre, où le monde médical peut agir est de ne rien faire pour prolonger la vie de cette personne-là. C'est-à-dire on rencontre parfois des malades qui sont, je dirais, surgavés. On a à se poser la question: est-ce que c'est nécessaire, est-ce que cela devient des moyens extraordinaires pour prolonger la vie, par exemple?

Le sénateur Beaudoin: Vous appelez cela dans votre langage «l'acharnement thérapeutique»? C'est cela l'expression?

M. Carrier: C'est cela, oui, «l'acharnement thérapeutique».

Le sénateur Beaudoin: D'accord. Merci!

M. Carrier: Et le testament peut protéger cette personne contre le l'acharnement thérapeutique.

Le sénateur Beaudoin: C'est cela, oui.

M. Carrier: O.K.

La présidente: Sénateur Lavoie-Roux?

[Translation]

he might be conscious and terminal and that someone might put an end to his life.

What I mean is that a living will is valid. I am thinking in terms of making sure to check with the person, where that is possible, to see whether that is still what that person wants at the end, because the quality of life, as I was saying a moment ago, is relative, depending on where we are in our lives. We human beings have this ability to adjust to difficult situations such as terminal diseases, for example. So, in my view, the living will is an interesting option to the extent that we can ensure that no treatment will be given against the person's will and that it will always be possible to check with the person to see what he or she wants at the end, if, of course, that person is still able to choose.

Senator Beaudoin: But if they are no longer able?

Mr. Carrier: If they cannot and if we have proof that they never will be able, perhaps you have to let nature run its course and not prolong their lives. But I would not deliberately put an end to a person's life all the same.

Senator Beaudoin: But that's my question right there: if a person becomes unconscious and is kept on life support, that's one thing; it can be unplugged.

Mr. Carrier: That is correct.

Senator Beaudoin: But suppose it's not a matter of life support. The person is unconscious and does not know what's happening; you don't know whether he's suffering or not. If there is a living will saying that, in a case such as that, I would like my life to be terminated, that's clear in legal terms. But in practice, can a case such as that cause problems?

Mr. Carrier: Yes, of course, in that it's not easy to end that person's life, if he or she is still alive. In other words, putting an end to someone's life is an act.

Senator Beaudoin: Yes.

Mr. Carrier: However, where the medical world can act is by doing nothing to prolong that person's life. In other words, we sometimes encounter patients who, I would say, are over-treated. We have to ask ourselves the question: Is this necessary? Are these extraordinary means to prolong life, for example?

Senator Beaudoin: In your jargon, you call it "aggressive therapy". Is that the expression?

Mr. Carrier: That's correct, yes, "aggressive therapy?"

Senator Beaudoin: Thank you.

Mr. Carrier: And the will can protect that person from aggressive therapy.

Senator Beaudoin: That's correct, yes.

Mr. Carrier: O.K.

The Chairman: Senator Lavoie-Roux?

[Text]

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous remercie, madame la présidente. Je voudrais remercier monsieur Carrier pour son mémoire. Je pense qu'il correspond à ce que l'on attendrait d'une personne qui a travaillé sur le terrain qui a eu probablement à participer à ce genre de décision-là à plusieurs reprises avec les répercussions que cela peut avoir pour sa famille et ses proches et ainsi de suite.

Vous dites d'une part que l'euthanasie ne doit pas être légalisée et vous donnez des raisons pour cela et comme les anglophones diraient: «There is the danger of getting on a slippery slope», alors, cela, je le comprends. Bien, d'un autre côté, vous dites: il reste, qu'il y a des situations où l'euthanasie peut se justifier parce que l'on ne peut pas physiquement soulager la douleur. Enfin, de toute évidence, c'est une question de temps. Cette personne-là ne recouvrera jamais une autonomie quelconque et ainsi de suite et, là, vous dites: bien, là, c'est à l'équipe médicale, à partir de critères précis, de décider que peut-être cette personne-là a besoin d'un acte qui est correspondant à l'euthanasie. Et vous semblez dire que c'est dans chaque équipe soignante en interdisciplinarité avec des critères bien établis.

La question précise que je veux vous poser est la suivante. Si l'euthanasie était légalisée à partir de critères très très précis, (là, elle serait légalisée d'une façon nationale, car cela relève du Code criminel et tout le monde pourrait se référer à des critères identiques et je comprends vos hésitations à ouvrir la porte cependant vous êtes prêts à reconnaître que chaque équipe soignante dans une démarche interdisciplinaire puisse trouver une réponse à chaque cas d'exception). Est-ce que vous ne croyez pas qu'il y aurait là un danger que justement des critères qui sont appliqués à l'hôpital X sont différents de ceux qui sont appliqués à l'hôpital Y et que l'on entre, à ce moment-là, dans toutes une variété, ou une diversité d'appréciation et de points de références qui ferait que finalement, il vaudrait mieux se trouver dans l'hôpital X que dans l'hôpital Y. J'ai de la misère à voir comment tous les hôpitaux pourraient agir de la même façon. Je pense qu'ils le font un peu, maintenant, mais me demande comment assurer l'uniformité.

M. Carrier: Je pense que ces critères devraient être passés au comité d'éthique pour éliminer les critères subjectifs, c'est-à-dire qu'on élimine les critères basés sur des valeurs. Le fait d'être en interdisciplinarité, il me semble assure une protection plus grande du malade. On a la protection plus grande que l'on ne fera pas n'importe quoi avec lui. Le fait aussi que d'avoir à s'arrêter pour dire il n'y a plus rien à faire sauf que de faire dormir, par exemple. Et je ne parle pas d'euthanasie à ce moment-là, pour moi, la sédation est une forme de traitement. Cela obligerait les équipes à chercher des solutions avant d'arriver à cette acte ultime, par exemple, de faire dormir. Et, encore là, pour faire dormir, je pense que l'on devrait avoir des critères précis.

On parle de principe d'autonomie de la personne. La personne pourrait toujours rechoisir de dormir après quelques heures et, par exemple, peut toujours revenir en éveil et retourner au sommeil selon le degré de sa souffrance.

[Traduction]

Senator Lavoie-Roux: Thank you, Madam Chairman. I would like to thank Mr. Carrier for his brief. I believe it was consistent with what one expects from a person who works in the field and who has probably had to take part in this kind of decision on a number of occasions, with the repercussions that that can have for his family and relatives and so on.

You say, on the one hand, that euthanasia should not be legalized, and you give the reasons for that and, as the anglophones say: "There is the danger of getting on a slippery slope." So I understand that. On the other hand, you say: There are situations in which euthanasia may be justified because the physical pain cannot be relieved. Ultimately, this is clearly a matter of time. That person will never be self-sufficient again and so on, and there you say: Well, it's up to the medical team, based on specific criteria, to decide whether that person requires a procedure that corresponds to euthanasia. And you seem to say that it is up to each interdisciplinary team of caregivers to do so based on well-established criteria.

The specific question I would like to ask you is this. If euthanasia were legalized based on very, very specific criteria in which case it would be legalized nationally because this is a Criminal Code matter and everyone would refer to identical criteria, and I understand your hesitation in opening the door, but you are prepared to recognize that each caregiving team, based on an interdisciplinary approach, can find a response to each exceptional case. Don't you believe that there would be a danger that the criteria that are applied at hospital X would be different from those applied at hospital Y and that there would thus be a complete variety or diversity of assessments and reference points that would ultimately result in a situation where it would be better to be in hospital X than in hospital Y. I have trouble seeing how all the hospitals could act in the same way. I believe they do so to a certain degree now, but I wonder how a standardized approach could be guaranteed.

Mr. Carrier: I believe these criteria should be screened by the ethics committee in order to eliminate subjective criteria, that is to say that value-based criteria should be eliminated. It seems to me that the interdisciplinary nature of the team would provide greater protection for the patient. Greater protection would mean that the patient could not be treated poorly, and there would also be the necessity of having to think twice before saying: There is nothing more to do except put him to sleep, for example. And I'm not talking about euthanasia there; in my view, sedation is a form of treatment. That would require teams to look for solutions before coming to this final act, for example, of putting the patient to sleep. And once again, I think there should be specific criteria for putting patients to sleep.

We talk about the principle of the person's self-sufficiency. The person could always choose to go back to sleep a few hours later and could always wake up again and go back to sleep depending on how badly he or she is suffering.

[Texte]

Mais, il me semble que cela pourrait éviter les dangers que dans un hôpital ce soit plus souple que dans un autre. Les comités d'éthique peuvent éviter qu'il y ait des critères très différents d'un centre à l'autre, à mon avis, dans le sens de savoir si l'on est au bout du chemin, il me semble.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, mais même si ces critères d'éthique seraient déterminés par différentes institutions ou établissements, et avec l'aide de comités d'éthiques est-ce qu'il n'y aurait quand même pas une façon générale, certains critères généraux qui pourraient être définis à un autre niveau qu'au niveau institutionnel? Vous savez comment cela peut varier d'un endroit à l'autre.

M. Carrier: Vous pensez au plan juridique par exemple?

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui.

M. Carrier: Oui, mais je pense que si l'on définit trop de critères, l'on risque d'être proche de légaliser, ou de décriminaliser et on ouvre les portes...

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, c'est cela le problème.

M. Carrier: Il peut y avoir des critères généraux en termes de reconnaître la souffrance d'un malade au plan physique et de s'assurer que tout a été fait en termes de recherches et de solutions pour lui. La même chose s'applique au plan de l'accompagnement, de ce malade, au plan psychologique. Si l'on arrive à dire que telle chose peut faire partie de critères généraux, est-ce que l'on peut retrouver cela dans une loi? Je ne le sais pas.

Le sénateur Beaudoin: Bien, oui! C'est-à-dire que si vous établissez des normes globales nationales selon le Code criminel, elles peuvent ne pas être appliquées de la même façon dans chaque hôpital. C'était un petit peu le problème de l'avortement, par exemple. Il y a des hôpitaux qui avaient des comités thérapeutiques, d'autres qui n'en avaient pas. Les normes étaient appliquées différemment d'un hôpital à l'autre. Cela pourrait être le cas pour l'euthanasie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela reste à être examiné de plus près pour s'assurer que même la protection que l'on veut accorder le soit d'une façon efficace et qu'il n'y ait pas de grande diversité entre les institutions.

J'ai une autre question. Vous avez beaucoup insisté sur les soins palliatifs. Je sais qu'en Angleterre, ils ont un rapport qui vient d'être rendu publique et eux disent: «il faut étendre, développer les soins palliatifs.»

Au Canada, à votre connaissance, au moins dans les unités de soins palliatifs, (cela peut-être différent dans les hôpitaux généraux car vous êtes maintenant dans un hôpital très spécialisé qui est quand même de soins tertiaire), est-ce que les médecins sont entraînés ou formés pour traiter la douleur ou est-ce que c'est très variable?

M. Carrier: Dans les unités de soins palliatifs?

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui?

[Translation]

However, it seems to me that this could avoid the risk of one hospital having more flexible criteria than another. Ethics committees can prevent criteria from being very different from one hospital to another, in my view, in the sense that they can determine whether the patient has reached the end.

Senator Lavoie-Roux: Yes, but even if these ethical criteria were determined by various institutions or establishments, and with the aid of ethics committees, wouldn't there nevertheless be a general way, certain general criteria which could be determined at another level and at the institutional level? You know how things can vary from one place to the next.

Mr. Carrier: You are thinking in legal terms, for example?

Senator Lavoie-Roux: Yes.

Mr. Carrier: Yes, but I think that if too many criteria are set, there is a risk of coming close to legalizing or decriminalizing, and we open the door...

Senator Lavoie-Roux: Yes, that's the problem.

Mr. Carrier: There may be general criteria in terms of recognizing a patient's physical suffering and ensuring that everything has been done in terms of research and solutions for him. The same thing applies to the matter of providing the patient with special psychological care and attention. If you come to the point where you say that a particular item may be one of the general criteria, can it be contained in a statute? I don't know.

Senator Beaudoin: Yes, of course! If you are setting overall national standards under the Criminal Code, it is possible they may not be applied in the same way in each hospital. There was the small problem of abortion, for example. There are hospitals that had therapeutic committees. Others did not. Standards were applied differently from one hospital to the next. This might well happen in the case of euthanasia, for instance.

Senator Lavoie-Roux: That remains to be considered more closely in order to ensure that the protection we want to provide is given effectively and that there isn't a broad diversity between institutions.

I have another question. You place great emphasis on palliative care. I know that a report was just published in England stating that palliative care must be expanded and developed.

In Canada, to the best of your knowledge, at least in the palliative care units — matters may be different in the general hospitals because you are now in a very highly specialized hospital which nevertheless provides tertiary care — are physicians trained to treat pain and does their training vary?

Mr. Carrier: In the palliative care units?

Senator Lavoie-Roux: Yes.

[Text]

M. Carrier: À ma connaissance, dans les unités de soins palliatifs c'est là où l'on retrouve les meilleurs intervenants pour soulager la douleur; oui, ils sont entraînés. Maintenant, à ma connaissance il y a peu de recherches jusqu'à maintenant qui ont été faites sur le traitement de la douleur. Il s'en fait mais, mon Dieu, je pense que l'on débute dans ce domaine. Autant de la douleur physique que de la douleur morale, aussi.

J'ai une dernière question, pour le moment, si vous me permettez, madame la présidente. Évidemment, vous avez participé à ce genre de décisions-là avec les familles et cetera. D'une façon générale est-ce que les familles veulent être tenues à l'écart ou plutôt veulent s'impliquer dans ce type de décisions-là? D'une façon générale, quelle est leur réaction?

Elles peuvent être fortement influencées aussi par le médecin, par vous, ou par d'autres qui leur donnent beaucoup de support psychologique pour dire: «bien, écoutez, finalement on est rendu au bout du rouleau et cela vaudrait peut-être mieux pour la personne que...» Et j'aimerais aussi que vous me parliez peut-être, des réactions négatives suite au décès quand on a peut-être accéléré la mort sans vouloir la causer directement.

M. Carrier: Ce que je constate, très souvent, chez les membres de la famille, lorsqu'il y a une demande d'euthanasie pour leur malade, il y a parfois une souffrance importante que la famille vit, qui est plus grande que celle du malade.

La famille est aidée à identifier cette souffrance, cette impuissance, très souvent qu'ils vivent, car ils se redéfinissent dans leur relation avec leur malade, c'est-à-dire que l'on a à les aider à vivre au niveau de leur «être» et non du «faire». Parfois il n'y a plus grand chose à faire en fin de vie sinon d'être avec le malade. Souvent, ces familles ont cessé de demander l'euthanasie. Alors, il y avait sous le couvert de l'euthanasie une forme d'expression de la souffrance.

Pour des familles qui ont eu l'impression d'avoir participé, par exemple, à choisir une cessation de traitements pour un malade et, là, je ne parle pas d'euthanasie, c'est très difficile pour eux à vivre après. Ils se questionnent à savoir: est-ce que l'on a bien fait. Alors, c'est important pour une cessation de traitements que les familles soient bien au clair avec eux-mêmes dans leur participation.

Il y a certaines familles qui ont eu l'impression que l'on a accéléré la mort et qu'ils y ont participé et cela fait des deuils difficiles à vivre. Il ressort dans le deuil de la culpabilité. Peut-être que l'on aurait pas dû. Juste de souhaiter, parfois, la mort du malade pour mettre fin à ses souffrances, les familles s'en culpabilisent dans le sens que l'on a pas le droit de souhaiter la mort de quelqu'un que l'on aime, mais en même temps d'un autre côté, on veut qu'il meure pour qu'il puisse être libéré. Juste cette question-là amène une ambivalence et très souvent de la culpabilité. Alors, imaginez la question de l'euthanasie. Est-ce que cela répond?

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, je vous remercie.

La présidente: Sénateur Desmarais?

[Traduction]

Mr. Carrier: To the best of my knowledge, the best caregivers at relieving pain are in the palliative care units. Yes, they are trained. Now, to the best of my knowledge, little research has been done to date on the treatment of pain. It is being done, but I really believe that research is just starting in this field, both physical pain and moral pain as well.

Senator Lavoie-Roux: I have a final question for the moment, with your permission, Madam Chairman. You have obviously taken part in these kinds of decisions with families and so on. Generally speaking, do the families want to be excluded or rather do they want to be involved in this type of decision? In general, what is their reaction?

They may also be greatly influenced by the physician, by you or by others who give them a great deal of psychological support in saying: "Well, look, we've come to the end of the line and it would perhaps be better for the person if..." And I would also like you to tell me perhaps about negative reactions following the patient's death when that death has been perhaps accelerated without wanting to cause it directly.

Mr. Carrier: What I very often see among family members when there is a request for euthanasia for their patient is that they sometimes go through a great deal of suffering which is even greater than that of the patient.

The family is helped in identifying this suffering, this powerlessness, which they very often experience because they are redefining themselves in their relationship with the patient. In other words, we have to help them live more in terms of who they are than of what they do. Sometimes there is not much to do at the end except to be with the patient. These families have often stopped requesting euthanasia. In those cases, the request for euthanasia was a way of expressing their suffering.

For families that felt they took part, for example, in the decision to stop treatment for a patient — and I'm not talking about euthanasia here — it is very hard for them to live afterward. They question their decision: Did we do the right thing? So it is important for families to have a very clear idea of their role in the decision to stop treatment.

Some families are under the impression that the patient's death was speeded up and that they were parties to that process and thus have a very difficult period of mourning. Guilt comes to the fore during mourning. Perhaps we shouldn't have done it. Families feel guilty sometimes just for hoping the patient will die so that his suffering will stop. They feel they are not entitled to wish for the death of someone they love, but at the same time, they want him to die so that he can be free. That issue alone brings on ambivalence and very often guilt. So imagine the issue of euthanasia. Does that answer your question?

Senator Lavoie-Roux: Yes, thank you.

The Chairman: Senator Desmarais?

[Texte]

Le sénateur Desmarais: A la fin de votre présentation, vous semblez passer assez facilement des soins palliatifs à l'euthanasie, c'est-à-dire que vous ne faites pas une distinction très marquée entre les deux à un moment donné.

M. Carrier: Le sens de mon propos le distingue et j'aimerais peut-être préciser. L'euthanasie sera de mettre fin à la vie par compassion. Les soins palliatifs peuvent abrégé la vie mais dans le but de soulager les souffrances. C'est sûr que l'on est proche mais l'intention est différente et c'est là la distinction que je fais.

The Chairman: I think it is what we call a "double effect". Isn't that the term that is used often at the ending of life, when they administer additional opiates, not with the intention of causing death but being aware that it may result?

Senator Beaudoin: What is the term?

The Chairman: "Double effect" is one that is used in several of the papers that we are dealing with here.

Perhaps I could go back to the discussion we had a little earlier concerning your recommendation that euthanasia not be legalized, but that an interdisciplinary care team should handle exceptional cases.

I share the concern expressed by my colleagues here, Mr. Carrier, that leaving it to individual hospitals or palliative care units could result in a variety of criteria being established and arising from that, a variety of results concerning patients.

I know it is difficult for a person who has practised so long in the palliative care field to contemplate the idea of legitimizing euthanasia or assisted suicide. I do agree with you that good palliative care is always the preferred way to go. However, we all recognize that there are exceptional cases and it has been suggested that it would be better to have a national standard of what the criteria should be, set by professionals in the field — not by lawyers but by the medical profession and the health care givers.

This is probably not a popular suggestion to put forward, but it is almost the practice in the Netherlands at the moment where euthanasia and assisted suicide is illegal, even if a patient requests it, with exceptions that have been set by the medical profession. I am not saying that we should follow that model, but I am looking at a way that we could have a national set of standards that would be recognized and enforced. I think there is, as you mentioned, more and more talk and more apparent acceptance of the idea of euthanasia and assisted suicide. I think that if it were ever to come to that, we would all want to be sure that any criteria were very clearly defined and enforceable on a national basis rather than doing it individually, hospice by hospice and hospital and hospital.

What is your view on that?

[Translation]

Senator Desmarais: At the end of your presentation, you seem to shift fairly easily from palliative care to euthanasia. In other words, you did not draw a very marked distinction between the two at one point.

Mr. Carrier: The distinction is clear from the thrust of my remarks and I would perhaps like to clarify it. Euthanasia means putting an end to life on compassionate grounds. Palliative care may shorten the patient's life, but for the purpose of relieving suffering. The two are clearly similar, but the intention is different and that is the distinction I make.

La présidente: Je pense que c'est ce que nous appelons avoir un «double effet». N'est-ce pas une expression souvent employée lorsque des médicaments opiacés sont administrés à un malade en phase terminale, non pas dans l'intention de causer la mort, mais en sachant bien qu'on peut produire cet effet?

Le sénateur Beaudoin: Quel est le mot?

La présidente: «Double effet» est une des expressions utilisées à plusieurs reprises dans les documents que nous avons ici.

Peut-être pourrais-je revenir à la discussion que nous avons eue un peu plus tôt au sujet de votre recommandation voulant que l'euthanasie ne soit pas légalisée, mais que les cas exceptionnels soient confiés à une équipe interdisciplinaire.

Comme mes collègues, monsieur Carrier, je crains qu'en abandonnant cette responsabilité à chaque hôpital ou à des unités de soins palliatifs, il s'établisse une variété de critères qui se traduisent, pour les patients, en des décisions fort variées également.

Je sais qu'il est difficile, pour une personne qui a longtemps travaillé dans un service de soins palliatifs, d'envisager l'idée que l'euthanasie ou le suicide assisté puisse être jugé légitime. Je suis d'accord avec vous pour dire que de bons soins palliatifs sont toujours la meilleure solution. Toutefois, nous savons tous qu'il existe des cas exceptionnels, et c'est précisément pour cela qu'il vaudrait mieux, paraît-il, adopter une norme nationale exposant les critères à appliquer dans ces cas-là. Ces critères seraient établis non pas par des avocats, mais bien par des professionnels de la santé et des personnes qui prodiguent les soins.

Ce n'est probablement pas une idée très populaire, mais c'est pratiquement ce qui se fait aux Pays-Bas, en ce moment, où l'euthanasie et le suicide assisté ne sont pas autorisés, même si un patient le demande, sauf exceptions prévues par des professionnels de la profession médicale. Je ne dis pas que nous devrions suivre ce modèle, mais je cherche un moyen d'établir des normes nationales acceptables et applicables. Comme vous l'avez dit, je pense que l'idée de l'euthanasie et du suicide assisté devient de plus en plus acceptable. Si jamais on en arrive à cela, nous aimerions tous, à ce moment, disposer de critères précis et applicables à l'échelle nationale, au lieu d'être soumis à des décisions prises au cas à cas.

Que pensez-vous de cela?

[Text]

M. Carrier: Je crois, de fait, qu'il serait intéressant de voir des critères nationaux sur la question. Je demeure interrogatif sur la façon que cela pourrait être pratiqué dans les milieux. Je pense que l'on ouvre la porte. On a déjà des critères. On en a parlé tout à l'heure. Est-ce que ces critères seront toujours respectés, d'une part, c'est une question que je me pose? Qui verra à ce que ces critères soient respectés. À mon avis, ce n'est pas évident.

Les actes professionnels ne sont pas toujours révisés. Nos actes professionnels, peu importe nos professions, comportent un risque de subjectivité. Des critères nationaux pourraient aider, mais il y a un danger à mon avis, c'est qu'ils soient élargis dans nos institutions et je dirais même au cas à cas.

The Chairman: Would your fear of subjective decisions not apply equally if there were individual criteria at each hospital?

M. Carrier: Oui. Mais à partir du moment où l'on ne nationalise pas des critères, on n'ouvre pas la porte nécessairement aux cas d'exceptions dans les centres hospitaliers. J'ai travaillé pendant neuf ans à la Maison Michel Sarrazin où le quotidien est toujours la mort et il n'y a aucun cas d'euthanasie qui s'y est pratiqué. Et la Maison Sarrazin vient de statuer comme quoi il y a un dixième ou un onzième critère dans la philosophie, c'est que l'on ne pratiquera jamais l'euthanasie. Il y a eu des demandes d'euthanasie de la part des malades et des familles et possiblement d'intervenants aussi. Il est possible aussi que des intervenants aient trouvé les souffrances suffisamment grandes pour pratiquer l'euthanasie.

Nous sommes toujours arrivés à trouver une solution. La solution parfois a été de faire dormir, comme ultime moyen de soulager. Mais je ne pense pas que l'on parle d'euthanasie. On parle encore de soins palliatifs. Et d'avoir des critères à l'échelle nationale sur la pratique dans les cas d'exceptions, à mon avis, ouvre sur la légalisation de l'euthanasie et au-delà des cas d'exceptions. Et quand je pense à la technique par exemple, de sédation, on a eu de ces malades et c'était des cas d'exceptions. Je pense bien qu'ils auraient probablement été dans les critères nationaux. On aurait répondu avec l'euthanasie par exemple et probablement que l'on aurait été correct. Le fait de ne pas avoir de critères à mon avis amène les milieux à se forcer à trouver des solutions et des recherches de solutions qui peuvent être acceptables au-delà de l'euthanasie.

The Chairman: Are you suggesting your place has no criteria so that you use these solutions, you decide on a case-by-case basis? Is that what you are saying?

M. Carrier: Ce que je dis, c'est que je n'ai jamais été témoin de pratiques d'euthanasie. J'ai été témoin d'interrogations en équipe sur: si l'euthanasie est légalisée, est-ce que on devrait pas donner l'euthanasie à cette personne parce qu'elle n'est pas soulagée de sa douleur physique ou morale; parce que la détérioration des fonctions intellectuelles n'est pas acceptable pour la personne. Et on est arrivé à dire: oui, probablement.

[Traduction]

Mr. Carrier: I believe in fact that it would be interesting to see national criteria in this area. I still wonder how this could be done in the institutions. I think we're opening the door. We already have standards. We spoke of them a moment ago. Will those criteria be complied with, on the one hand; that's a question I ask myself? Who will see that those criteria are complied with. This is not an easy matter, in my view.

Professional services are not always reviewed. Our professional services, regardless of our professions, carry with them a risk of subjectivity. National criteria could help, but there is a danger, in my view, and that is that they may be broadened in our institutions and, I would say, even on a case-to-case basis.

La présidente: Vous craindriez des décisions subjectives qui ne seraient pas appliquées uniformément si chaque hôpital déterminait ses critères?

Mr. Carrier: Yes, but from the moment there are no national criteria, we are not necessarily opening the door to exceptional cases in hospitals. I worked nine years at the Maison Michel Sarrazin where death is a daily occurrence and there were no cases of euthanasia. And the Maison Sarrazin has just ruled that there is a tenth or eleventh criterion in its philosophy and that is that euthanasia will never be practised. There have been requests for euthanasia by patients and families and possibly personnel as well. It is also possible that staff have encountered instances of suffering great enough to justify euthanasia.

We always managed to find a solution. Sometimes the solution was to put the patient to sleep, as the ultimate way to provide relief. But I don't believe there is any talk of euthanasia. The focus is still on palliative care. And having national criteria on the practice in exceptional cases, in my view, opens the door to legalizing euthanasia for cases other than exceptional cases. And when I think of the technique of sedation, for example, we had some patients and these were exceptional cases. I believe they would probably have been within the national criteria. If we had responded with euthanasia, for example, we would probably have been correct. Not having criteria, in my view, makes institutions strive to find solutions and to look for solutions other than euthanasia that can be acceptable.

La présidente: Êtes-vous en train de dire qu'il n'y a pas de critères là où vous travaillez, et que c'est la raison pour laquelle vous cherchez des solutions individuelles, vous y allez au cas par cas? Est-ce bien cela que vous dites?

Mr. Carrier: What I'm saying is that I have never witnessed any cases of euthanasia. I have witnessed team discussions on the issue about questions such as: If euthanasia is legalized, shouldn't we practise euthanasia on this person because he can't be relieved of his physical or moral pain; because the intellectual deterioration is not acceptable for this person. And the ultimate answer was: Yes, probably; if euthanasia were legalized, that patient would be

[Texte]

S'il y avait légalisation que tel patient serait candidat. Mais on a trouvé des solutions pour que ces gens puissent recevoir un certain confort relatif.

Le sénateur Beaudoin: Vous nous dites que vous ne pratiquez pas l'euthanasie et que pour les personnes qui souffrent de façon atroce, vous avez trouvé le moyen de les soulager en les endormant ou en donnant une médication. Dans le fond, vous ne pratiquez pas l'euthanasie, c'est très clair, parce que vous trouvez le moyen de faire autrement. Vous dites: «en conséquence, il y aurait un danger de légaliser l'euthanasie parce qu'il y pourrait y avoir des abus. C'est cela le fond de l'histoire. Je peux comprendre cela. Ce qui me tracasse, c'est que la douleur varie d'un individu à l'autre. Je ne suis pas médecin, mais j'imagine qu'il y a des gens qui souffrent plus que d'autres.

Alors quand est-ce qu'une souffrance est atroce et qui peut dire cela? Quelqu'un peut dire: «je souffre atrocement». Si la personne est consciente, elle peut le dire. Votre équipe exceptionnelle peut régler le problème, soit en pratiquant l'euthanasie, (ce n'est pas le cas en pratique, soit en développant les soins palliatifs. Là est tout le débat. Au Pays-Bas, on ne légalise pas directement l'euthanasie, mais indirectement. On dit: «Il y aura des cas où l'on pourra le faire dans telle ou telle circonstance.» Donc il y a des principes qui s'appliquent dans ce pays.

Comme au Canada, on pourrait dire dans le Code criminel: L'euthanasie en principe «non», mais il pourrait y avoir tel ou tel cas exceptionnels. Alors, si jamais on décidait cela, il faudrait se pencher sur les critères et les critères ne peuvent pas être autre chose que des critères nationaux.

Mais même là vos comités dans chaque hôpital auront à appliquer ces critères. Si vous avez une loi, elle est sujette à interprétation.

Vous allez en Cour suprême et vous avez une décision de 5 à 4, comme dans le cas de *Sue Rodriguez*, par exemple. Alors, à ce moment-là, je me dis: que c'est une question d'interprétation. Si jamais on recommandait une telle chose, il faudrait que ce soit des critères qui s'appliquent de façon nationale. On ne peut pas laisser chaque hôpital dire: écoutez, vous allez décider si oui ou non la personne souffre beaucoup, et si elle souffre beaucoup, vous pratiquez l'euthanasie. On ne peut pas faire cela parce qu'il faut avoir un critère uniforme dans le pays.

Mais, je sais bien qu'en pratique, même avec les meilleures définitions possibles, il y aura toujours de la place pour l'interprétation d'un texte. C'est pour cela que je me dis que sur le plan des principes, on peut bien prendre de telles décisions, mais il y aura toujours une part d'interprétation, à moins que, comme vous le faites chez-vous, vous ne pratiquez pas l'euthanasie. Vous dites que si une personne souffre énormément, on va lui donner des médicaments de sorte qu'elle va dormir. Elle ne souffrira pas. Cela peut abrégé sa vie mais cela est acceptable. Si la souffrance est atroce, il faut bien faire quelque chose.

[Translation]

a candidate. But we found solutions so that these people could find some degree of relative comfort.

Senator Beaudoin: You're telling us that you do not practise euthanasia and that for people who suffer horribly, you've found ways of giving them relief by putting them to sleep or giving them medication. Ultimately, you do not practise euthanasia — that much is very clear — because you find another way. Consequently, there would be a danger in legalizing euthanasia because there could be abuses. That is ultimately what you're saying. I can understand that, but what troubles me is that pain varies from individual to individual. I am not a physician, but I imagine that there are people who suffer more than others.

So when is suffering horrible and who can say whether it is? Someone can say: I'm suffering horribly. If that person is conscious, he or she can say it. And then your outstanding team can solve the problem either by euthanasia — and that does not happen in practice — or by developing palliative care. The whole issue lies here. In the Netherlands, euthanasia has not been legalized exactly, but indirectly they are saying: There will be cases where it can be done in such and such a set of circumstances. So there are principles that apply in this country.

In Canada, we could say "No" in principle to euthanasia in the Criminal Code, but there could be specific exceptional cases. So if we ever decided that, we would have to examine the criteria, and the criteria could not be anything but national criteria.

But even there, your committees in each hospital will have to apply those criteria. If you have a statute, it is subject to interpretation.

You go to the Supreme Court and you have a five-to-four decision, as in the case of *Sue Rodriguez*, for example. So there, I say that it is a matter of interpretation. If such things were ever recommended, there would have to be criteria that apply nationally. We cannot allow each hospital to say: Look, you are going to decide whether or not the person is suffering a great deal, and if or she suffers a great deal, you can practise euthanasia. We cannot do that because there has to be a consistent standard across the country.

However, I am aware that, in practice, even with the best possible definitions, there will always be room for interpretation of a text. That's why I say we can indeed make these kinds of decisions on principles, but there will always be a share of interpretation, unless, as you do at your place, you do not practise euthanasia. You say that, if a person is suffering greatly, you're going to administer drugs so that that person will go to sleep. He or she will not suffer. That may shorten the person's life, but that is all right. If the suffering is horrible, something has to be done.

[Text]

Tout cela pour dire que, sur le plan du principe, s'il y a des exceptions, il faut les définir et il faut les définir de façons très précises, sinon on laisse à chaque hôpital le soin de décider cas par cas.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'étais prise par l'intervention du Sénateur Beaudoin.

Je pense que là où monsieur Carrier a travaillé pendant neuf ans, c'est vraiment, peut-être au Québec en tous les cas, une des institutions où des établissements qui est presque un établissement organisé sur une base bénévole, jusqu'à un certain point, avec certaines subventions du gouvernement, mais ce n'est pas un hôpital comme on les reconnaît, généralement, dans le système public. On y donne des soins de très très grande qualité où, je sais, que les patients ont tout le support psychologique, physique, spirituel et tout cela. J'ai visité l'institution. Elle a été fondée par un médecin qui avait fait des stages en Angleterre si je ne m'abuse, et elle est fondée sur la même base que l'hospice de Centre Christopher.

Maintenant, vous travaillez dans une hôpital générale. Enfin, je l'appelle l'hôpital générale de soins aigus. Est-ce que vous voyez une différence dans l'attitude du corps médical et des autres professionnels par rapport à ce que vous viviez au centre Michel Sarrazin? Je sais qu'à Michel Sarrazin c'est toute une philosophie. Tandis que dans un hôpital de soins aigus les gens sont pressés les choses se font rapidement, et puis des fois, pas toujours aussi rapidement que l'on le souhaiterait et que les professionnels eux-mêmes le souhaiteraient. Je comprends que vous ne soyez pas inquiet si une maison comme Michel Sarrazin développe ces critères, trouve les solutions. Je pense qu'ils sont capables de les trouver sans porter atteinte au respect des personnes, et cetera. Est-ce que l'on peut espérer la même chose d'un hôpital de soins aigus?

M. Carrier: A l'hôpital, je suis en soins palliatifs dans un programme qui est en train de se développer, avec la même philosophie que l'on retrouve dans les unités de soins palliatifs que ce soit à Montréal que ce soit à Québec, ou que ce soit en Angleterre. C'est la même philosophie de base.

Oui, il y a différence dans les centres hospitaliers. Pour ce qui est par exemple de tout l'aspect de cessation de traitements, il y a une partie de mon travail qui est en néphrologie où j'ai à accompagner des gens qui vivent en hémodialyse c'est-à-dire une suppléance rénale. Si l'on cesse cette suppléance rénale, ces gens-là décèdent.

Alors, il y a régulièrement des gens qui sont confrontés à cette cessation de traitements et qui décident. Mais la cessation de traitements, c'est assez clair. Une fois que la personne a bien cheminé et que la famille a bien cheminé, on y arrive facilement.

Pour ce qui est du soulagement de la douleur, il y a deux tendances que l'on retrouve en centres hospitaliers. Je trouve que l'on a la prescription facile, parfois, ou pas suffisamment facile. C'est-à-dire qu'il y a des gens qui ont de la difficulté à traiter le malade ou soulager le malade par peur d'abrèger sa vie. D'autres vont prescrire facilement.

[Traduction]

All that in order to say that, as to the principle, if there are exceptions, they must be defined and they must be defined very specifically; otherwise, each hospital will be left to decide on a case-by-case basis.

Senator Lavoie-Roux: I was taken by Senator Beaudoin's remarks.

I think that the place where Mr. Carrier worked for nine years is really, perhaps in Quebec in any case, one of the institutions or establishments that are organized virtually on a volunteer basis, to a certain point, with some government grants, but it is not a hospital such as they are generally recognized in the public system. Very, very high quality care is provided there, where I know that patients have all the psychological, physical, spiritual and other support. I have visited the institution. It was founded by a doctor who had studied in England, if I am not mistaken, and it is based on the same principle as the Christopher Centre home.

Now you're working in a general hospital. Well, I call it the general hospital for acute care. Do you see a difference in the attitude of the medical corps and other professionals compared to what you experienced at the Centre Michel Sarrazin? I know there is an entire philosophy at Michel Sarrazin, whereas people at an acute care hospital are in a rush, things are done quickly, and sometimes, not always as quickly as some would like or as the professionals themselves would like. I understand you are not concerned if a place such as Michel Sarrazin develops these criteria, or finds solutions. I think they are capable of finding them without undermining respect for individuals and so on. Can the same thing be expected of an acute care hospital?

Mr. Carrier: At the hospital, I am in palliative care in a program that is being developed with the same philosophy as is found in the palliative care units in Montreal, Quebec City and England. It's the same basic philosophy.

Yes, there is a difference in the hospitals. As regards, for example, the entire aspect of stopping treatment, part of my work is in nephrology where I accompany people who live on hemodialysis, which replaces the kidneys. If this kidney replacement is stopped, these people die.

So there are regularly people whose treatment is stopped and who die, but the termination of treatment is fairly clear. Once the person has gone through it and the family has gone through it, they accept it readily.

As for relieving pain, there are two trends in the hospitals. There are those who prescribe readily and those who do not prescribe readily enough. In other words, there are people who have trouble treating the patient or providing relief for fear of shortening the patient's life. Others prescribe readily.

[Texte]

Je ne suis pas sûr que l'on prenne toujours le temps de bien évaluer le type de douleur et quelle dose de médicaments ou quel type de médicaments ce patient doit recevoir. Présentement, cela existe, je pense, dans nos centres hospitaliers.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il a deux types d'établissement. Peut-être même que l'on pourrait ajouter les centres d'accueil où il y a un grand nombre de patients qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou encore des grabataires qui sont confus depuis des années, et cetera.

Est-ce que ceci ne vous incite pas à trouver un schéma de référence plus prudent qui pourrait quand même garantir qu'à un moment donné, il n'y ait pas trop de différences entre une institution et puis l'autre.

M. Carrier: Que les équipes de soins palliatifs, que ce soit en institution ou maison.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais il en faudrait une dans chaque, à peu près.

M. Carrier: Mais, il me semble que oui, et on évolue vers cela il me semble. Ces équipes n'existent pas partout, mais il me semble que cela peut, en tous les cas, être une solution, même pour questionner certains traitements aussi, certains critères aussi.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci.

La présidente: Sénateur Beaudoin.

Le sénateur Beaudoin: Votre distinction m'apparaît très intéressante entre le développement des soins palliatifs et la véritable euthanasie.

Dans les soins palliatifs très raffinés, le but est de soulager la douleur, mais évidemment en employant des médicaments, la personne peut mourir. Ça peut arriver. Mais ce n'est pas le but visé.

Alors que dans l'euthanasie pure et simple, évidemment le but est de mettre fin à la vie dans ce sens-là.

Alors, vous nous dites que l'Angleterre a développé un système où les soins palliatifs sont très avancés, alors que d'autres pays, peut-être, sont un peu différents, comme les Pays-Bas.

Je pense que votre distinction tient bien, parce que en ce sens-là, si en développant vos soins palliatifs, vous êtes près de l'euthanasie, mais ce n'est pas vraiment l'euthanasie, parce que le but visé est vraiment le soin et non pas de terminer la vie. Cela, je trouve cela intéressant.

Maintenant, est-ce que l'on peut faire cela dans un pays considérable, avec beaucoup d'hôpitaux? Est-ce que cela est possible?

M. Carrier: Bien, il me semble que la mentalité des soins palliatifs est quelque chose qui peut se développer. Et je pense qu'en soins palliatifs, on n'a pas tout exploité. Exploitions tout et puis, peut-être, que l'on dira «oui» à l'euthanasie ou «non» à l'euthanasie; on le saura. Mais, j'entends, surtout, que l'on n'a pas tout exploité en termes de recherches. Mais, oui, je pense qu'il y a des mentalités à développer en ce sens-là. C'est-à-dire

[Translation]

I am not sure staff always take the time to carefully assess the type of pain and what dose of medication or what type of medication the patient should receive. This currently occurs in our hospitals, I believe.

Senator Lavoie-Roux: There are two types of institutions. Perhaps we can even add the homes where there are a large number of patients suffering from Alzheimer's disease or bedridden patients who have been in a confused state for years and so on.

Doesn't this encourage you to find a more prudent frame of reference which could nevertheless guarantee that, at some point, there would not be too many difference between one institution and the next.

Mr. Carrier: Only the palliative care teams, whether in an institution or a home.

Senator Lavoie-Roux: But there should be one in each, roughly.

Mr. Carrier: But it seems so to me, and I think we are headed toward that. These teams do not exist everywhere, but I think that could be a solution in any case, even for questioning certain treatments too, certain criteria as well.

Senator Lavoie-Roux: Thank you.

The Chairman: Senator Beaudoin.

Senator Beaudoin: I find your distinction between the development of palliative and real euthanasia very interesting.

In highly refined palliative care, the purpose is to relieve pain, but obviously by using medication, the person may die. That can happen, but that is not the purpose sought.

Whereas in euthanasia pure and simple, the goal is obviously to put an end to the person's life.

You are telling us that England has developed a system in which palliative care is highly advanced, whereas other countries, such as the Netherlands, are perhaps somewhat different.

I think your distinction holds because if in developing your palliative care you come close to euthanasia, it is not really euthanasia because the goal is really to provide care, not to terminate life. I find that interesting.

Now, can that be done in a large country, with many hospitals? Is that possible?

Mr. Carrier: Well, it seems to me that the palliative care mentality is something that can be developed. And I believe that we have not exploited all possibilities in palliative care. Let's exploit all the possibilities and then perhaps we'll say "Yes" to euthanasia or "No" to euthanasia; we will know. But I hear it said everywhere that we have not exploited all the research possibilities. However, yes, I believe there are attitudes to develop in this

[Text]

que l'on a à rattraper, excusez l'expression, nos hôpitaux qui ont voulu au départ offrir l'hospitalité, offrir le confort à nos malades, si l'on regarde dans l'histoire.

Alors que, maintenant, il y a parfois des malades qui nous témoignent qu'il ne faut pas trop être malades pour pouvoir être à l'hôpital et pour pouvoir se remettre c'est préférable de s'en aller à la maison.

Le sénateur Beaudoin: On est mieux à la maison qu'à l'hôpital?

Le sénateur Lavoie-Roux: On guérit plus vite à la maison.

M. Carrier: Alors, qu'au départ, l'hôpital devait offrir l'hospitalité. On n'offre pas toujours l'hospitalité. On offre un diagnostic. On offre un traitement. On offre beaucoup d'actions alentour de cela, mais on a peut-être à revenir pour une partie. Je pense que la recherche doit rester, le diagnostic doit rester, les traitements doivent rester mais pour une partie de gens qui ne guérissent pas on a peut-être à leur offrir quelque chose encore.

L'on me réfère des malades en phase terminale et la première des choses que l'on dit c'est: croyez-vous qu'il va pouvoir quitter l'hôpital? Et, on reste surpris, quand je leur dis que le malade choisit de rester à l'hôpital parce qu'il sent qu'il a le droit de recevoir des soins pour le mois qu'il lui reste à vivre. C'est comme si ces malades n'étaient pas à leur place.

La mentalité de soins palliatifs est d'humaniser, d'accueillir ces malades, de les soigner, de les écouter, de les accompagner autant physiquement, psychologiquement que spirituellement.

The Chairman: I would like to ask just a couple more questions at this point. The first one is this: From your own experience with terminally ill people, can you give us some idea from the many you have attended over the years, how many have asked personally for euthanasia? I must say I was astonished at your statement about families asking for euthanasia on behalf of terminally ill family members, although I can understand it, in exceptional circumstances. Can you give us any idea of the percentage of all the terminally ill patients you have dealt with, who might have asked for euthanasia, or whose families might have asked for it on their behalf?

M. Carrier: Je mettrais des réserves sur le pourcentage parce que je n'ai pas fait de recherches exhaustive là-dessus.

The Chairman: I know. All I am asking for is a rough idea.

M. Carrier: Pour avoir partagé avec des collègues de différentes disciplines de d'autres milieux de soins palliatifs, je ne sais pas s'il y a un p.100 de la population en soins palliatifs qui demande l'euthanasie. Un p. 100 me paraît grand comme chiffre. Je veux dire là où il existe une demande réelle. Il y a des malades qui ont demandé l'euthanasie, mais il y a eu comme une expression d'une souffrance qu'ils vivaient et lorsqu'ils ont été accompagnés ne voulaient plus avoir la mort. La même chose pour les membres de famille. Si l'on parle de patients qui ont maintenus leurs demandes, il ne doit sûrement pas y avoir

[Traduction]

direction. In other words, if you'll excuse the expression, we have to recover our hospitals, which if we look back in history were originally intended to provide hospitality, and provide comfort to our patients.

Whereas, now, there are some patients who tell us that you don't need to be too sick to go to a hospital and it's preferable to go home in order to get well.

Senator Beaudoin: You're more comfortable at home than in the hospital?

Senator Lavoie-Roux: You get better more quickly at home.

Mr. Carrier: So hospitals should first of all provide hospitality. They do not always provide hospitality. They provide a diagnosis. They provide treatment. They provide a lot of procedures around that, but perhaps they should go back to their original purpose for some people. I believe that research should remain, diagnosis should remain, treatment should remain, but for some people who will not get well, perhaps they should be offered something else.

Terminal patients are referred to me, and the first thing I am asked is: Do you think he'll be able to leave the hospital? And they are surprised when I tell them that the patient has chosen to stay in the hospital because he feels he is entitled to receive care during the month he has left to live. It's as though these patients were not in their place.

The attitude of palliative care is to humanize, to take in these patients, to take care of them, to listen to them, to give them special physical, psychological and spiritual care and attention.

La présidente: Je n'ai plus que quelques questions à poser. La première est celle-ci: D'après votre propre expérience avec les personnes en phase terminale, pouvez-vous nous donner une idée du nombre de personnes qui, parmi toutes celles que vous avez accompagnées au fil des ans, ont demandé personnellement l'euthanasie? Je dois dire que j'ai été stupéfaite lorsque vous avez dit que des familles avaient demandé l'euthanasie au nom de proches en phase terminale, bien que cela soit sans doute compréhensible dans des circonstances exceptionnelles. Pouvez-vous donc nous donner une idée du pourcentage de patients en phase terminale qui auraient demandé l'euthanasie ou dont les familles l'auraient demandée en leur nom?

Mr. Carrier: I would have reservations about the percentage because I haven't done any exhaustive research on that.

La présidente: Je sais. Tout ce que je demande c'est une idée approximative.

Mr. Carrier: Having discussed the matter with colleagues in other disciplines and other palliative care groups, I don't know whether there is one per cent of the population in palliative care that requests euthanasia. One per cent seems to me to be a large number. I mean where there is a real request. There are patients who have requested euthanasia, but the request was a kind of expression of the suffering they were experiencing and, when they were given special care and attention, they no longer wanted to die. The same is true of family members. If we are talking about patients who have maintained their requests, they certainly can't

[Texte]

1 p. 100 de la population en soins palliatifs; 1 p. 100 m'apparaît grand comme chiffre.

Senator Desmarais: I attended a conference in Sudbury a couple of weeks ago on the issues of palliative care and euthanasia. We have a palliative care unit that functions very well. We were told that those who are in terminal care, whose pain could not be relieved, numbered approximately five per cent. Of all those in palliative care who asked for euthanasia, the figure was probably less than one per cent.

The Chairman: That seems to be fairly consistent with a lot of other figures.

Le sénateur Beaudoin: Moins de 1 p. 100 le demande directement.

Le sénateur Desmarais: Moins de 1 p. 100 le demande directement. Et puis, pour à peu près 5 p. 100 de ces patients qui ont des douleurs physiques, on ne trouve pas facilement de remède. Leur donner de la morphine, cela ne semble pas suffire.

Le sénateur Beaudoin: Ah, je comprends. Ils souffrent quand même.

Le sénateur Desmarais: Il semble qu'il faudrait leur donner d'autre chose, les endormir ou quelque chose.

M. Carrier: J'ai parlé avec des gens du Royal Victoria, à Montréal où il y a une unité de soins palliatifs. On dit qu'il y a 4 p. 100 de cas où l'on arrive pas à un contrôle total de la douleur. De plus pour ces gens, certaines douleurs peuvent être acceptables. C'est-à-dire que l'on ne parle pas, de douleurs nécessairement atroces pour tout ce 4 p. 100.

The Chairman: I am just curious about one other thing. You mentioned earlier that you did not think sufficient research had been done in the matter of pain control or in the area of alleviating pain. In a discussion a couple of weeks ago with a very senior physician, he indicated to me that he did not think that medical students got enough training in this field to begin with. Senator Desmarais may have something to add to this.

Obviously, morphine use is not effective in a limited number of cases. I am curious as to the apparent reluctance of a lot of institutions and doctors to use heroin, which is widely used in Britain and which has been advocated and is available for use in Canada. Have you noticed that in your experience in the hospice in which you work?

M. Carrier: L'héroïne n'était pas, à ma connaissance, utilisée dans aucun centre hospitalier. À ma connaissance, non.

Je voudrais juste revenir sur le contrôle de douleur physique. Lorsque l'on parle de la douleur, il est important de parler de la douleur totale, autant de la douleur psychologique que de la douleur spirituelle, aussi. Et dans ce sens-là, quand on parle de recherches, on a à rechercher au plan physique et sur les autres plans aussi. Et quand l'on arrive à voir le malade dans sa globalité, dans ses différentes dimensions c'est là que l'on commence à soulager sa douleur.

[Translation]

amount to one per cent of the population in palliative care; one per cent seems a large number to me.

Le sénateur Desmarais: J'ai participé à une conférence, à Sudbury, il y a quelques semaines, sur la question des soins palliatifs et de l'euthanasie. Nous avons une unité de soins palliatifs qui fonctionne très bien. On nous a dit que ceux qui étaient en phase terminale, et dont la souffrance ne pouvait être soulagée, représentaient environ 5 p. 100 des patients. Ceux qui reçoivent des soins palliatifs et qui ont demandé l'euthanasie représentaient probablement moins de 1 p. 100 des patients.

La présidente: Cela semble coïncider avec la plupart des autres chiffres que nous avons entendus.

Senator Beaudoin: Less than one per cent request it directly.

Senator Desmarais: Less than one per cent request it directly. And for about five per cent of these patients who have physical pain, no remedy is easily found. Giving them morphine doesn't appear to be enough.

Senator Beaudoin: Oh, I understand. They suffer all the same.

Senator Desmarais: It seems they should be given something else, that they should be put to sleep or something.

Mr. Carrier: I talked with the people at the Royal Victoria in Montreal where there is a palliative care unit. They said that they could not achieve total control of pain in four per cent of cases. In addition, for these people, some types of pain may be acceptable. In other words, they were not necessarily talking about horrible pain in that four per cent.

La présidente: Une autre question seulement pique encore ma curiosité. Vous disiez un peu plus tôt que vous ne pensez pas qu'il s'est fait suffisamment de recherche sur la question du contrôle du soulagement de la douleur. Au cours d'une discussion que j'ai eue, il y a quelques semaines, avec un médecin chevronné, celui-ci me disait que les étudiants en médecine ne recevaient sans doute pas une formation suffisante dans ce domaine. Le sénateur Desmarais aurait peut-être quelque chose à ajouter à cela.

De toute évidence, l'usage de la morphine n'est pas efficace dans un nombre de cas limité. Je me demande pourquoi un grand nombre d'institutions et de médecins hésitent à utiliser l'héroïne, qui est communément utilisée en Grande-Bretagne, dont l'usage a été recommandée et qui est disponible au Canada. Qu'avez-vous observé à cet égard dans les institutions dans lesquelles vous avez travaillé?

Mr. Carrier: To my knowledge, heroin was not used in any hospital. Not to my knowledge.

I would just like to come back to control of physical pain. When we talk about pain, it is important to talk about total pain, both physical pain and spiritual pain. And in that area, when we talk about research, we have to conduct research into the physical area and the other areas as well. And when we manage to see the patient as a whole, in all his various dimensions, that's when we begin to relieve his pain.

[Text]

Par exemple, le malade qui a peur de mourir, à cause de ses croyances du jugement dernier, risque d'être très souffrant physiquement, risque de l'exprimer, s'il n'arrive pas à l'exprimer verbalement, il risque de l'exprimer par son corps.

Le sénateur Lavoie-Roux: Pour ma part, j'aurais une dernière question, à moins que les questions des autres m'en suggèrent d'autres.

À la page six, vous dites «l'air du temps» - et je pense que c'est vrai - proclame des libertés individuelles, le droit de décider pour soi-même, l'autonomie, le principe d'auto-détermination.

Est-ce que vous avez une opinion sur le rôle que ce principe de liberté, ou du droit de décider pour soi-même, peut jouer dans une décision touchant l'euthanasie?

Je vais vous donner un exemple concret qui m'a frappée. Je pense que tout le monde connaît le cas de madame Rodriguez l'ayant vue à la télévision, et cetera, qui souffrait de la maladie de Lou Gehrig.

J'ai vu à la télévision très récemment, le cas d'une femme à peu près de l'âge de madame Rodriguez, et, qui, assez étrangement, ressemblait à madame Rodriguez physiquement. Probablement parce qu'elles deviennent très maigres, en tous les cas, assez brune, comme Madame Rodriguez. Elle était de toute évidence très entourée par sa famille et on sentait qu'elle était rendue à peu près au même stage que Madame Rodriguez avec beaucoup de difficultés à parler.

Madame Rodriguez, elle a dit: «moi, je veux que quelqu'un m'aide à terminer mes jours quand je ne serai plus capable.» Et, là, entre la question du respect de la liberté, de l'autonomie, et de la détermination. Cette autre dame, elle n'en sent pas le besoin. Probablement parce que psychologiquement, elle est mieux entourée que ne l'était Madame Rodriguez. Je fais là un jugement gratuit, car je n'ai pas tous les détails. Cependant, je voudrais savoir à quel moment vous jugez que toute la question de liberté, d'autodétermination entre en ligne de compte pour permettre l'euthanasie dans le sens d'une euthanasie active? C'est pas facile cela.

M. Carrier: Je suis contre l'euthanasie, alors, je peux mal vous répondre. Mais quand l'on parle de l'autonomie, du principe de l'autodétermination, me vient en tête la dignité de la personne et pour moi ces appellations ont du sens.

Si je peux vivre dignement, cela fait peut-être parti d'une forme d'autonomie. Cela peut peut-être faire partie d'une forme d'autodétermination que de pouvoir vivre de la dignité, aussi. En ce sens-là, je parlerais plus du droit à la dignité, devant la mort, que du droit à la mort, tout simplement.

Le sénateur Beaudoin: Comment appelez-vous cela? Le droit à...

M. Carrier: Je pense que toute personne humaine a droit à la dignité dans la mort. Et pas nécessairement le droit à la mort.

Le sénateur Beaudoin: Que pensez-vous du suicide assisté?

M. Carrier: Qu'est-ce que je pense du suicide assisté?

[Traduction]

For example, a patient who is afraid of dying because of his beliefs about the Last Judgment may suffer a great deal physically and may express it; if he does not express it verbally, he may express it with his body.

Senator Lavoie-Roux: I have a final question, unless the questions of the others suggest others.

On page 6, you mention "the current trend" — and I think this is true — "toward individual freedoms, the right to decide for oneself, self-sufficiency, the principle of self-determination".

Do you have an opinion on the role which this principle of freedom, or of the right to decide for oneself, may play in a decision concerning euthanasia?

I am going to give you a concrete example that has struck me. I believe everyone knows of the case of Sue Rodriguez, having seen it on the television, et cetera, who suffered from Lou Gehrig's disease.

Very recently on the television, I saw the case of a woman of roughly Ms Rodriguez's age who quite curiously resembled Ms Rodriguez physically, probably because they were very thin; in any case, quite dark-haired like Ms Rodriguez. She was obviously supported by her family and one felt that she had reached virtually the same stage as Ms Rodriguez and had a great deal of difficulty talking.

Ms Rodriguez said: I want someone to help me die when I am no longer able to do so on my own. And that's where the issue of respect for freedom, independence and determination comes in. This other woman does not feel the need, probably because she has better psychological support than Ms Rodriguez had. I am making a gratuitous judgment here because I don't have all the details. However, I would like to know at what point you deem that entire question of freedom, self-sufficiency should be taken into consideration in permitting euthanasia, in the sense of active euthanasia? That's not an easy matter.

Mr. Carrier: I am against euthanasia; so I can't really answer you. However, when you talk about independence and the principle of self-sufficiency, I think of human dignity, and these words have meaning for me.

If I can live with dignity, perhaps that is part of a kind of independence. Perhaps being able to live with dignity is also part of a form of self-determination. In that sense, I would focus more on the right to dignity in the face of death than simply on the right to die.

Senator Beaudoin: What did you call that? The right to...

Mr. Carrier: I think that every human being has the right to dignity in the fact of death, and not necessarily the right to die.

Senator Beaudoin: What do you think of assisted suicide?

Mr. Carrier: What do I think of assisted suicide?

[Texte]

Le sénateur Beaudoin: Prenant le cas de *Rodriguez*, si vous aviez été à la Cour Suprême, vous auriez décidé de quelle façon?

Le sénateur Lavoie-Roux: Il aurait été dans la majorité.

M. Carrier: Probablement que, avec beaucoup d'hésitations, j'aurais été du côté de la majorité. Je vous dirais que, personnellement, si cela arrivait à un de mes proches... Pour avoir déjà accompagné des gens qui avaient la même maladie que Sue Rodriguez, que quelqu'un l'aurait aidé à mourir ou si j'avais été appelé à l'aider à mourir, peut-être que je n'aurais pas eu de problèmes de conscience.

Mais c'est très personnel.

Le sénateur Beaudoin: Oui, oui. Mais vous n'êtes pas obligé de répondre.

M. Carrier: C'est-à-dire que je peux comprendre que Madame Rodriguez ait demandé le suicide assisté.

J'ai de la difficulté à me prononcer sur le cas de Madame Rodriguez car j'ignore ce qu'elle vivait face à son entourage face à elle-même. Quelle sorte de qualité de vie avait-elle? Il aurait fallu que je l'évalue.

Le sénateur Lavoie-Roux: Selon les apparences, il semblait y avoir une très grande différence entre le cas de la personne que j'ai vue à la télévision et le cas de Madame Rodriguez. De toute évidence, l'environnement était beaucoup plus «supportif».

M. Carrier: Et cela peut influencer.

Le sénateur Lavoie-Roux: Énormément, quand on pense à toutes les dimensions de la souffrance physique et morale en terme d'isolement, et cetera. Je pense qu'il est important de tenir compte de tous ces facteurs.

The Chairman: Thank you. I see that members of the committee are getting restless because we all have to get up to another meeting at 5 o'clock.

For the record, before we end this meeting, I would like to say that in a conversation last week with the mother of a young nurse — one of many conversations I have had on the subject in recent weeks — I was told that nurses are being taught in nursing school that any patient has the right to ask for heroin, and that it is available in any hospital.

Senator Lavoie-Roux: Do you mean in Canada?

The Chairman: Yes. I mentioned this to an oncologist an hour or so later and he verified it. He also went on to say, for the record, that he would never use it. He thinks morphine is sufficient. My question and my wonderment remain.

Mr. Carrier, I should like to thank you very much for your presentation. I think we have had a very useful and interesting discussion.

The committee adjourned.

[Translation]

Senator Beaudoin: Considering the Rodriguez case, if you had been on the Supreme Court, how would you have ruled?

Senator Lavoie-Roux: He would have been in the majority.

Mr. Carrier: I would probably have been in the majority, with considerable hesitation. Personally, I would tell you that, if that happened to one of my relatives... Having given special care to people who had the same disease as Sue Rodriguez, perhaps I would not have had any problems of conscience if someone had helped her die or if I had been asked to help her die.

But that's very personal.

Senator Beaudoin: Yes, yes, but you are not required to answer.

Mr. Carrier: I mean that I can understand that Ms Rodriguez requested assisted suicide.

I have trouble giving an opinion on Ms Rodriguez's case because I don't know what she went through with respect to her family and friends and with respect to herself. What kind of quality of life did she have? I would have had to assess it.

Senator Lavoie-Roux: From appearances, there appeared to be a very great difference between the case of the person I saw on television and Ms Rodriguez's case. Those around her were clearly much more supportive.

Mr. Carrier: And that can have an influence.

Senator Lavoie-Roux: An enormous influence, when you think of all the aspects of physical and moral suffering in terms of isolation, and so on. I think it is important to take all those factors into account.

La présidente: Je vous remercie. Je vois que les membres du Comité s'agitent parce que nous avons une autre réunion à 5 heures.

Avant de mettre fin à cette séance, je voudrais ajouter que la mère d'une jeune infirmière m'a dit, la semaine dernière, dans une conversation — l'une des nombreuses conversations que j'ai eues à ce sujet au cours des dernières semaines — elle m'a donc dit qu'on enseigne aux infirmières dans les écoles de nursing que tout patient a le droit de demander de l'héroïne et qu'il y en a dans tous les hôpitaux.

Le sénateur Lavoie-Roux: Voulez-vous dire au Canada?

La présidente: Oui. J'en ai fait part à un oncologue une heure plus tard et il a vérifié. Il a ajouté qu'il ne s'en servirait jamais. Il pense que la morphine suffit. Je n'ai donc pas de réponse à ma question et mon étonnement demeure entier.

Monsieur Carrier, je vous remercie beaucoup pour votre exposé. Je pense que notre discussion a été très utile et très intéressante.

Le Comité s'ajourne.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

As individual
Réjean Carrier

À titre personnel
Réjean Carrier



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, May 4, 1994

Le mercredi 4 mai 1994

Issue No. 4

Fascicule n° 4

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Lavoie-Roux
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Neiman
Keon	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Pursuant to Rule 86(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator DeWare substituted for the Honourable Senator Desmarais. (*April 29, 1994*)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Lavoie-Roux
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Neiman
Keon	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Conformément à l'article 86(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur DeWare est substitué à celui de l'honorable sénateur Desmarais. (*29 avril 1994*)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 4, 1994

(8)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1:10 pm the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, Neiman (6).

Other Senators present: The Honourable Senators Desmarais and Grafstein.(2)

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir and Mr. Daniel Dupras.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

WITNESSES:

From the Hamilton Civic Hospital:

Dr. Elizabeth Latimer.

From the Canadian Association of Social Workers:

Ms Julie Foley.

From the Fondation responsable jusqu'à la fin:

M. Yvon Bureau.

From the Ontario Palliative Care Association:

Ms Shari Douglas;

Dr. James McGregor.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

Dr. Latimer made a statement and answered questions.

Ms Foley made a statement and answered questions.

M. Bureau made a statement and answered questions.

Dr. McGregor and Ms Douglas each made a statement and answered questions.

At 5:15 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 4 mai 1994

(8)

Le Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 13 h 10, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, Neiman (6).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Desmarais et Grafstein (2).

Présents: De la Bibliothèque du Parlement, Service de recherche: M^{me} Mollie Dunsmuir et M. Daniel Dupras.

Également présents: Les sténographes officiels du Sénat.

TÉMOINS:

De la Hamilton Civic Hospital:

D^r Elizabeth Latimer

De l'Association canadienne des travailleurs sociaux:

M^{me} Julie Foley.

De la Fondation responsable jusqu'à la fin:

M. Yvon Bureau.

De l'Association des soins palliatifs de l'Ontario:

M^{me} Shari Douglas;

D^r James McGregor.

Conformément à son ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le Comité poursuit ses audiences pour son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Le D^r Latimer présente un exposé et répond aux questions.

M^{me} Foley présente un exposé et répond aux questions.

M. Bureau présente un exposé et répond aux questions.

Le D^r McGregor et M^{me} Douglas présentent chacun un exposé et répondent aux questions.

À 17 h 15, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ:

Le greffier du Comité

Gary Levy

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 4, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we are expecting one more of our members to arrive shortly. I am sure Dr. Keon will be here shortly.

In the meantime, I should like to welcome our first witness of the afternoon, Dr. Elizabeth Latimer, Director of Palliative Care for the Hamilton Civic Hospital. Or hospitals? Is it more than one? You work as a group?

Dr. Elizabeth Latimer, Director of Palliative Care, Henderson General Hospital: Yes.

The Chairman: Dr. Latimer has worked in the palliative care field for 12 years. She practices in an acute care teaching hospital of approximately 400 beds adjacent to a cancer treatment centre. During a sabbatical in 1989-90 she spent some time in Holland and at the Hastings Center for Bioethics in New York. She has published a number of papers individually and in conjunction with other doctors working in the same field who hold the same philosophy, as we shall hear from her today.

We are very pleased to have you with us, Dr. Latimer.

Ms Latimer: Honourable senators, at the outset I wish to thank the Senate for the opportunity of addressing you on this very serious moral, ethical and societal issue. From the outset, I should like to reinforce the seriousness of the issues at hand.

I perceive that we, as a society, are at somewhat of a juncture. The path we take will shape the nature of not only health care but of the society we wish to create, and the values we choose to espouse.

I have previously submitted two papers to you, the first on ethical decision making and the care of the dying, and the second directly dealing with the subject of euthanasia and reflections from a physician at the bedside.

I also have today the privilege of bringing forward to you a paper I have co-authored with Dr. James McGregor, from whom you will hear this afternoon. This paper will be published in the Canadian Medical Association Journal. It is a position statement on euthanasia and physician-assisted suicide. It is supported by 43 doctors across Canada, leaders in the field of palliative care. I will refer back to the paper at the end of my remarks.

I am a physician. I practice in an acute-care teaching hospital. We see patients who are dying in any setting in our hospital, including the intensive care units, surgical wards, et cetera. I

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 4 mai 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 13 heures conformément à son ordre de renvoi, pour étudier les questions juridiques, sociales et morales relatives à l'euthanasie et au suicide assisté et en faire rapport.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, l'un de nos collègues doit nous rejoindre bientôt. Le D^r Keon ne devrait pas tarder.

En attendant, je voudrais souhaiter la bienvenue à notre premier témoin de cet après-midi, le D^r Elizabeth Latimer, directrice des soins palliatifs à l'Hôpital général de Hamilton. Ou s'agit-il de plusieurs hôpitaux? Vous travaillez en groupe?

Le D^r Elizabeth Latimer, directrice des soins palliatifs, Hôpital général de Hamilton: Oui.

La présidente: Le D^r Latimer travaille dans le domaine des soins palliatifs depuis 12 ans. Elle exerce sa profession dans un hôpital d'enseignement de soins aigus, d'environ 400 lits, qui est annexé à un centre de traitement du cancer. Au cours d'un congé sabbatique, en 1989-1990, elle est allée passer quelque temps en Hollande ainsi qu'au *Hastings Center for Bioethics* à New York. Elle a publié plusieurs études, à titre personnel et avec d'autres médecins qui travaillent dans le même domaine et qui partagent les mêmes vues, dont elle nous parlera aujourd'hui.

C'est avec un grand plaisir que nous vous accueillons, D^r Latimer.

M^{me} Latimer: Honorables sénateurs, je voudrais d'abord remercier le Sénat de m'avoir invitée à vous parler de cette question morale, déontologique et sociale très importante. Je commencerai par insister sur la gravité du problème.

Notre société me semble être à la croisée des chemins. La voie que nous choisirons déterminera la nature non seulement des soins de santé, mais de la société que nous créerons et des valeurs que nous épouserons.

Je vous ai déjà adressé deux documents, le premier sur les prises de décisions déontologiques et les soins aux mourants, et le deuxième sur l'euthanasie proprement dite et les réflexions d'un médecin au chevet du patient.

J'ai également le privilège de vous apporter, aujourd'hui, une étude que j'ai préparée en collaboration avec le D^r James McGregor, que vous entendrez aussi cet après-midi. Cette étude doit être publiée dans le journal de l'Association médicale canadienne. Il s'agit d'une prise de position sur l'euthanasie et le suicide assisté. Elle est appuyée par 43 médecins du pays, qui sont des chefs de file dans le domaine des soins palliatifs. Je mentionnerai de nouveau cette étude à la fin de mes observations.

Je suis médecin. J'exerce la médecine dans un hôpital d'enseignement spécialisé dans les soins aigus. Dans cet hôpital, vous pouvez voir des patients en phase terminale, aussi bien dans

[Texte]

practice what is called an integrated model of care; in that we have opportunities to see people throughout the hospital and also to keep an ear to the nature of hospitals in Canada and issues in health care.

I also teach student doctors and resident trainees. My teaching with them involves palliative care and assisting them to learn how to care for people who are dying.

I have been involved in these activities for over 13 years. In that time, I have actually cared for over 4,000 dying people and their families. That has been a privilege. These events in my life will influence my remarks and also my writing.

I should like to comment on four general areas: To review the needs of the dying and their families; address what palliative care is and what it is not; to address the false belief that euthanasia and physician-assisted suicide would help in the care of the dying and their families; and to address the effects of such a practice on a number of groups, in particular upon the medical profession.

Let us consider the needs of the seriously ill and the dying and their families. I will just briefly review these.

The first and foremost of these is accurate and truthful information conveyed in a gentle way, information that will outline the nature of their illness and future expectations.

They also require a relationship of trust with their care providers and particularly their physicians. They need the reassurance that they are of value and can continue to receive effective care up until the time they die.

They also require support for living and for continued involvement in life as long as they are able to do so. They require effective symptom control and physical comfort. They require effective, knowledgeable efforts on the part of their caregivers to provide this.

They also need a health care delivery system oriented to their needs in all of the settings that they may receive care. They need this kind of care in their homes, in their doctors' offices, in clinics, acute care hospitals, and long-term care settings.

They also need, in a broader way, the support and the sense of value which can be conveyed by a caring society — a society that says they are of value and important, though they may be dying.

They also need the option to make choices in their care, particularly as to whether they will continue or cease to —

Senator Lavoie-Roux: I am sorry to interrupt. Did you distribute any notes? Can we follow what you are reading to us?

Ms Latimer: I sent something to you yesterday, but my remarks are somewhat separate from the actual paper. I do not know whether you received the paper.

[Translation]

les unités de soins intensifs que dans les salles de chirurgie et autres services. J'applique ce que l'on appelle un modèle de soins intégrés; autrement dit, nous avons possibilité de voir les patients de tout l'hôpital et également de nous tenir au courant de ce qui se passe dans les autres établissements hospitaliers du pays et de l'évolution des services de santé.

J'enseigne également à des étudiants en médecine et des internes. Mon enseignement porte sur les soins palliatifs et j'aide mes élèves à apprendre à soigner les mourants.

Je me livre à ce genre d'activités depuis plus de 13 ans. Au cours de cette période, je me suis occupée de plus de 4 000 mourants et de leurs familles. Cela a été un privilège pour moi. Ces moments de ma vie m'ont beaucoup influencée.

Mes propos porteront sur quatre grandes questions: les besoins des mourants et de leurs familles; ce que sont les soins palliatifs et ce qu'ils ne sont pas; la fausse croyance selon laquelle l'euthanasie et le suicide assisté aident à prendre soin des mourants et de leurs familles; les effets de ces pratiques sur plusieurs groupes et notamment le corps médical.

Examinons d'abord les besoins des personnes gravement malades et mourantes et ceux de leurs familles. Je vais les passer brièvement en revue.

Ces personnes ont besoin, d'abord et avant tout, qu'on les informe avec précision, franchise et délicatesse quant à la nature de leur maladie et ce à quoi elles doivent s'attendre.

Il faut aussi qu'elles puissent faire confiance à ceux qui les soignent et particulièrement à leurs médecins. Il faut les valoriser et bien leur assurer qu'elles continueront à recevoir des soins efficaces jusqu'à leur décès.

Ces personnes ont également besoin d'aide pour continuer à vivre tant qu'elles pourront le faire. Elles ont besoin d'un allègement efficace de leurs symptômes et de confort physique. Le personnel soignant doit déployer des efforts efficaces et compétents pour le leur assurer.

Il leur faut également des services de soins orientés vers leurs besoins quel que soit l'endroit où elles sont soignées. Elles ont besoin de ces soins aussi bien à domicile qu'au cabinet de leur médecin, dans les cliniques, dans les hôpitaux de soins aigus et les établissements de soins à long terme.

De façon plus générale, il leur faut également l'appui et la valorisation que peut leur apporter une société compatissante, qui continue à les juger importantes, même si elles sont mourantes.

Ces personnes doivent pouvoir également choisir les types de soins qu'elles préfèrent, et surtout décider de continuer ou de cesser...

Le sénateur Lavoie-Roux: Excusez-moi de vous interrompre. Avez-vous distribué des notes? Pouvons-nous suivre sur papier ce que vous lisez?

M^{me} Latimer: Je vous ai envoyé un document hier, mais mon exposé s'écarte du texte. J'ignore si vous l'avez reçu ou non.

[Text]

Senator Lavoie-Roux: We did receive the paper. The clerk handed it to me, the joint paper with Dr. James McGregor. Right now you are just speaking, with no notes for us to follow?

Ms Latimer: That is right.

Senator Lavoie-Roux: Thank you.

Ms Latimer: I hope that is acceptable.

The Chairman: Dr. Latimer, if you could speak more slowly, clearly and loudly, it would help. Thank you.

Ms Latimer: Should I go back?

Senator Lavoie-Roux: No, carry on. I wanted to check that there were no notes available.

Ms Latimer: I was saying that the other essential aspect of care is that people need the option to be able to make choices about the treatment they receive, particularly as to whether they continue life-prolonging treatments or may choose to cease those at such a time as they feel they would no longer want to have them.

What I have described in those aspects of care is palliative care, the goals of which are excellence in physical care for the patient and excellence in the support of counselling for the patient and their family. Palliative care will seek to enhance the quality of life for the patient and their family wherever this is achievable.

One feature that is of note is that when dying patients receive palliative care, or care of excellence in this way, they rarely request euthanasia or physician-assisted suicide. In other words, they would rarely request to have their lives ended before the time their natural death would occur. This is an important note because we must then ask ourselves from whence arises the lobby for euthanasia and physician-assisted suicide. We may have some opportunity to also talk about that in the question and answer time.

There are myths about palliative care which I would like to clarify and address, largely because these myths may be put forward by supporters of euthanasia and physician-assisted suicide.

The first myth is that palliative care can make people physically comfortable, but may consign them to a long period of "senseless waiting for death". In fact, the opposite is true. If people are well cared for as they are dying, they will often tell us they do their finest living at that time. Palliative care promotes opportunities for healing in relationships and for forgiveness in families. There is not a waiting time for death, but rather an active and positive opportunity to live. Euthanasia and assisted suicide may rob individuals of this opportunity, and that is a concern.

Some proponents would also say that palliative care is just one step short of euthanasia and that there is really not a great deal of difference between the two. They might also say that some of the drugs we use for effective pain control may result in the end of the life of a patient and that, therefore, this is equal to euthanasia.

[Traduction]

Le sénateur Lavoie-Roux: Nous avons reçu ce document. Le greffier m'a remis le texte que vous avez écrit avec le D^r James McGregor. Pour le moment, vous ne lisez pas votre texte?

M^{me} Latimer: En effet.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci.

M^{me} Latimer: J'espère que cela vous convient.

La présidente: Docteur Latimer, si vous pouviez parler plus lentement, plus clairement et plus fort, cela nous aiderait. Merci.

M^{me} Latimer: Dois-je recommencer au début?

Le sénateur Lavoie-Roux: Non, continuez. Je voulais voir si nous ne pouvions pas obtenir votre texte.

M^{me} Latimer: Je disais que l'autre aspect essentiel des soins est que les gens doivent pouvoir faire des choix quant aux traitements qu'ils reçoivent, et surtout choisir de poursuivre un traitement qui leur prolongera la vie ou de cesser ce traitement s'ils n'en veulent plus.

Je viens de décrire les soins palliatifs qui ont pour but d'assurer au patient d'excellents soins physiques de même que des services de counselling au patient et à sa famille. Les soins palliatifs continuent d'améliorer la qualité de la vie du patient et de sa famille dans la mesure du possible.

Il y a lieu de souligner que, lorsqu'un mourant reçoit des soins palliatifs ou d'excellents soins de ce genre, il demande rarement l'euthanasie ou le suicide assisté. Autrement dit, il est rare qu'il demande que l'on mette un terme à ses jours avant que la mort ne survienne naturellement. Il est important de le souligner, car il y a lieu de se demander quels sont les motifs qui animent les partisans de l'euthanasie et du suicide assisté. Nous aurons peut-être l'occasion d'y revenir quand vous poserez vos questions.

J'aimerais clarifier certains mythes concernant les soins palliatifs, surtout parce que ces mythes peuvent être mentionnés par les partisans de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le premier est que les soins palliatifs permettent d'assurer un certain confort physique aux patients, mais les laissent attendre la mort inutilement pendant une longue période. En fait, c'est le contraire. Si les gens sont bien soignés avant de mourir, ils nous disent souvent qu'ils vivent les meilleurs moments de leur vie. Les soins palliatifs sont, pour les familles, l'occasion d'améliorer leurs relations et de pardonner. Au lieu d'attendre la mort, le patient mène une vie active et positive. L'euthanasie et le suicide assisté peuvent le priver de cette possibilité, ce qui nous préoccupe.

Certains diront également que les soins palliatifs s'apparentent de près à l'euthanasie et qu'il n'y a pas vraiment de grande différence entre les deux. Ils pourront dire aussi que certains des médicaments que nous dispensons pour enlever efficacement la douleur peuvent abrégé la vie du patient ce qui revient au même que l'euthanasie.

[Texte]

These are also false. Using appropriate therapies for the treatment of severe pain, shortness of breath and other symptoms, has as its goal the relief of suffering, not the death of the patient. The goal of euthanasia and assisted suicide is the death of the patient and any interventions that are taken are designed to achieve that.

The field of palliative care and hospice care must not be seconded or distorted by pro-euthanasia groups who may wish to champion their own issues. There is a clear distinction between effective palliative and hospice care and any practice of euthanasia and physician-assisted suicide.

The question may arise as to whether palliative care can solve all problems and always make death a peaceful, acceptable thing for a patient and their family. Clearly the answer is "no", but as a society we must also recognize that people die much in the same way that they have lived. We must also ask ourselves why, at this time in our society, we feel we have to grasp the issue of dying and try to control it to resolve it. Is the relief of suffering in its entirety a mandate of health care and, indeed, has it ever been or always been?

We must also then address the myth of euthanasia as the solution to problems. I would cover this under the rubric of "promises that euthanasia cannot keep".

Euthanasia is often put forward as a solution to problems of severe, intractable pain relief, as a release from "senseless suffering", as a benefit to the patient, and as a release from a life of poor quality. I would propose to you that these are all false assumptions.

Severe, intractable pain does not occur coincidentally with the dying process. In fact, the most severe sorts of problems that we see in this area often occur in people who may have several months to live. To treat their pain with euthanasia would clearly be inappropriate. They need excellence in pain relief and the development of new, effective ways of doing this.

We know far too little about suffering and life's quality to be able to say when a life has no quality and in what situations suffering is senseless. To say that someone can benefit from their death is a form of oxymoron in that they no longer exist to perceive the benefit of the death that has been inflicted upon them.

We must then ask ourselves whether euthanasia and assisted suicide would create new problems. I believe this is so. For patients, the practice of euthanasia and assisted suicide could readily come to be seen as the right or noble thing to do, the honourable course of action.

It is not unusual for people who are seriously ill to feel they are a burden on others, particularly those who care for them, and we have grave concerns that people would begin to feel that the most valiant way would be to ask to have their lives ended. Subtle pressures may ensue in that way.

We also have fears for families. It is not easy to continue to care, over a long period of time, for someone who is seriously ill. There are natural ambivalent feelings and emotions, and natural

[Translation]

Ces affirmations sont également fausses. L'utilisation des médicaments requis pour traiter la douleur, la difficulté à respirer et les autres symptômes vise à soulager la souffrance et non pas à causer le décès du patient. Le but de l'euthanasie et du suicide assisté est le décès du patient et toute intervention faite l'est dans ce but.

Les partisans de l'euthanasie ne doivent pas comparer cette dernière avec les soins palliatifs pour servir leur cause. Il existe une distinction bien nette entre les soins palliatifs efficaces d'une part et l'euthanasie ou le suicide assisté par un médecin, d'autre part.

On peut se demander si les soins palliatifs peuvent régler tous les problèmes et rendre la mort paisible et acceptable pour le patient et sa famille, dans tous les cas. La réponse est évidemment «non», mais en tant que société nous devons aussi reconnaître que les gens meurent souvent comme ils ont vécu. Il y a lieu également de se demander pourquoi, à notre époque, nous voulons absolument essayer de régler le problème de la mort. La responsabilité d'alléger les souffrances incombe-t-elle entièrement au corps médical et en a-t-il toujours été ainsi?

Il faut également se pencher sur le mythe voulant que l'euthanasie soit la solution à certains problèmes. C'est ce que j'appellerais «les promesses que l'euthanasie ne peut pas tenir».

L'euthanasie est souvent proposée comme solution pour les malades qui éprouvent des douleurs vives et persistantes, pour les soulager de leurs «souffrances inutiles», pour les libérer d'une vie qui ne vaut plus la peine d'être vécue. Toutes ces suppositions sont fausses.

La douleur vive et persistante n'est pas nécessairement accompagnée de la mort. En fait, les patients qui éprouvent le plus de difficultés sur ce plan sont souvent des gens qui ont encore plusieurs mois à vivre. Il ne serait certainement pas indiqué d'abrégier leurs souffrances au moyen de l'euthanasie. Ce qu'il faut, c'est calmer leurs souffrances et mettre au point de nouvelles méthodes dans ce but.

Nous n'en savons pas suffisamment sur la souffrance et la qualité de la vie pour pouvoir dire qu'une vie ne vaut plus la peine d'être vécue ou que des souffrances sont inutiles. Il est contradictoire de dire qu'un patient a avantage à mourir étant donné qu'il n'est plus là pour profiter de la mort qui lui a été infligée.

Il faut donc se demander si l'euthanasie et le suicide assisté ne créeraient pas de nouveaux problèmes. Je crois que oui. Aux yeux des patients, l'euthanasie et le suicide assisté pourraient devenir rapidement un geste noble et courageux.

Il n'est pas rare que les personnes gravement malades aient l'impression d'être une charge pour leur entourage, et surtout ceux qui les soignent. Nous craignons donc que, par générosité, certaines personnes demandent à ce qu'on mette fin à leur vie. Des pressions subtiles peuvent s'exercer dans ce sens.

Nous éprouvons également des craintes pour les familles. Il n'est pas facile de continuer à s'occuper, pendant une longue période, d'une personne gravement malade. Il est tout naturel que

[Text]

fatigue. I do not believe that the introduction of a policy for euthanasia or assisted suicide would help to ease any of these feelings or the dilemma that these people can feel.

We must consider other groups of frail and dying in our society. People who are not dying, in fact, but may be frail and incapacitated may be perceived as suffering by others when indeed they are not. This introduces the notion of risk to others should a euthanasia, assisted suicide law come into being.

We must also have concerns for our health care systems. Everyone is aware at this time of the increasing pressures and resource issues facing health care delivery systems, with decreases in funding and other resources. There will be multiple issues here; several doubts as to the utilization of therapies and other issues. How long might our health care delivery system be able to care for the frail and the dying before we would come to see it as a more expedient option to offer them euthanasia or assisted suicide?

I would also like to introduce the idea of a world view. As we consider these issues, we need to ask ourselves what kind of a society we wish to create. I propose a society where there is a place for everyone, whether they are frail or dying, incapacitated or ill. Our society is also in sorry need of something opposite to nihilism at this time. A positive vision of human connectedness may be somewhat healing for society overall.

I would now like to talk about the medical profession, where my greatest concerns lie. We must think back to the historical mandate for the role of the physician. Our mandate has been to heal, not to kill. Doctor Kass, noted ethicist in the United States, indicates that historically we had two vials, two options: the one vial to heal and the other to kill. The killing vial was taken away from us and for centuries we have had a mandate to heal.

In the care of the dying and seriously ill we have to define healing broadly to say that we would foster forgiveness, a sense of wholeness, a sense of support and a good relationship throughout the course of illness.

Our current medical profession views death as an enemy. In this century we have come to view our mandate to be to overcome death. Combined with this, doctors are also usually action-oriented individuals. We feel a sense of failure when we are not able to cure someone. This sense of failure causes us to distance ourselves from the dying in a way that is not effective for them or helpful in their care.

There is also currently in Canada considerable role confusion and language confusion with the different ethical decision-making practices on which we embark. We have just begun in the last few years to cease treatments that are inappropriate and not to start inappropriate treatments. However, there is in the grassroots of the medical profession a considerable lack of clarity at this time as to what would be ethical decision-making which is acceptable and sound and where the border would be between that and euthanasia.

[Traduction]

les membres de sa famille éprouvent des sentiments et des émotions ambivalentes ainsi que de la fatigue. Je ne crois pas qu'en autorisant l'euthanasie ou le suicide assisté on aiderait ces personnes à mieux faire face à la situation.

Il faut tenir compte également des autres catégories de personnes qui ont une santé précaire. Sans être mourantes, elles sont malades et invalides et peuvent sembler souffrir alors qu'il n'en est rien. Si l'euthanasie et le suicide assisté étaient autorisés, cela poserait le problème du risque pour autrui.

Le problème se pose également au niveau de nos services de santé. Comme chacun sait, ces services éprouvent des difficultés devant la diminution de leurs ressources financières et autres. Toutes sortes de questions se posent notamment en ce qui concerne l'utilisation des traitements. Pendant combien de temps nos services de santé pourront-ils soigner les malades et les mourants jusqu'à ce que l'on juge plus commode de leur offrir l'euthanasie ou le suicide assisté?

Il faut également examiner la question dans son contexte global. Il s'agit de se demander quel genre de société nous voulons créer. Personnellement, je propose une société où chacun aura sa place, qu'il soit de santé fragile ou mourant, invalide ou malade. Notre société a sérieusement besoin d'adopter une attitude contraire au nihilisme. Une conception positive des rapports entre les êtres humains pourrait avoir des effets bénéfiques pour l'ensemble de la société.

Je voudrais maintenant parler du corps médical, car c'est ce qui me préoccupe le plus. N'oublions pas le rôle historique du médecin. Notre mission a toujours été de soigner et non pas de tuer. Le Dr Kass, un éminent éthicien des États-Unis, raconte qu'au départ nous avions à la fois le pouvoir de guérir et de tuer. Celui de tuer nous a été enlevé et, depuis des siècles, nous sommes chargés de guérir.

Quand il s'agit de soigner les mourants et les personnes gravement malades, il faut définir la guérison dans un sens large en disant qu'elle doit promouvoir le pardon, un sentiment de plénitude, un soutien moral et de bonnes relations pendant toute la durée de la maladie.

À l'heure actuelle, le corps médical considère la mort comme une ennemie. Au cours de ce siècle, nous nous sommes donnés pour mission de vaincre la mort. De plus, les médecins sont généralement des gens d'action. Nous ressentons un sentiment d'échec lorsque nous n'arrivons pas à guérir quelqu'un. Ce sentiment d'échec nous amène à nous distancer du mourant d'une façon qui n'est ni utile ni bénéfique pour ce dernier.

Il y a également au Canada une grande confusion dans les esprits quant aux décisions déontologiques à prendre. C'est seulement depuis quelques années que nous avons commencé à interrompre les traitements inadéquats ou à ne pas les entreprendre. Cependant, la plupart des médecins ne voient toujours pas clairement quelles sont les décisions déontologiques acceptables et où se situe la limite entre ces décisions acceptables et l'euthanasie.

[Texte]

I introduce here the concept of surveys undertaken among physicians, the results of which would seem on the surface to support euthanasia and assisted suicide. The data arising from these polls is at best rather shaky and reflects a lack of understanding of the terminology of the questions that were asked. As an example, it is not unusual for doctors to think that if they do not hang an intravenous fluid for a patient that this may be euthanasia. Clearly it is not, so there is a lot of confusion.

On the positive side, at this time palliative care has existed in Canada for almost 18 years. We are beginning to see some of the benefits of our education and the promulgation of the ethos that we believe. Efforts at education are beginning to pay off. More doctors are interested in learning how to care for the dying in an effective manner. There is a desire to do the right thing, to cease treatments that are ineffective, to foster positive care, et cetera.

However, I would say that we are at a juncture. One of the fears I would have if we were to introduce euthanasia/assisted suicide changes in law is that we would lose the momentum we are achieving for the care of the dying.

As an example, when I was in Holland I had an opportunity to teach resident trainees in family medicine. It was very difficult to put forward a positive model for palliative care in the sense that most people, with some incredulity, would say, "Why should we bother to do that when we have the other option?" I think it would confuse our MD group considerably should we have this other option. It certainly would not help us in undergraduate education at all.

I would like to see us try to capitalize on our history of opportunities for medical education for practising doctors. I would like to see us move forward with palliative and hospice care in Canada as a model.

I would like to address the myth of medical safety in euthanasia and assisted suicide. This is a common idea. No group that promotes this would ever suggest any one other than doctors do it. I have grave concerns about the effect of laundering unsafe concepts by applying them to the wearing of the white coat of the doctor and placing them in the context of health care.

The history of our century would tell us that any sense of safety we might try to develop, as regards placing this in the hands of physicians, would be patently unsound thinking. Doctors are people like everyone else with attendant biases, values, prejudices and emotions. We are the same as society. With this very ability, the practises of euthanasia and assisted suicide would be no safer in our hands than in the hands of any other group. They may be less so.

In conclusion, I would like to return to the paper which I understand you may have only received. The paper and the 43 doctors who have supported it strongly supports continued efforts in our society and our health care systems to improve care

[Translation]

J'aborderai ici les sondages effectués auprès des médecins et dont les résultats semblent, de prime abord, en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté. Les données fournies par ces sondages semblent plutôt contestables et reflètent une mauvaise compréhension de la terminologie utilisée pour formuler les questions. Par exemple, certains médecins croient que le fait de ne pas brancher le patient sur un goutte-à-goutte revient à pratiquer l'euthanasie. Ce n'est évidemment pas le cas et l'on peut voir que la confusion règne dans les esprits.

Sur un plan plus positif, les soins palliatifs existent au Canada depuis maintenant près de 18 ans. Nous commençons à constater les résultats des efforts déployés sur le plan éducatif et déontologique. Ces efforts commencent à donner de bons résultats. Davantage de médecins désirent apprendre à soigner efficacement les mourants. On constate un désir de bien faire, d'abandonner les traitements inefficaces, de favoriser les soins positifs, et cetera.

Toutefois, nous sommes à la croisée des chemins. Si la loi était modifiée pour autoriser l'euthanasie ou le suicide assisté, je crains que cela ne freine le mouvement amorcé en faveur des soins aux mourants.

Par exemple, quand j'étais en Hollande, j'ai eu l'occasion d'enseigner à des internes en médecine familiale. Il était très difficile de leur présenter un modèle positif de soins palliatifs en ce sens que la plupart des médecins demandaient, avec une certaine incrédulité: «Pourquoi s'en donner la peine étant donné que nous avons cette autre possibilité?» Si nous l'avions nous aussi cela sèmerait énormément de confusion dans l'esprit de nos médecins. Cela ne nous aiderait certainement pas à former nos étudiants en médecine.

Je voudrais que nous profitions de l'expérience que nous avons accumulée dans la formation des médecins. Je voudrais que le Canada devienne l'exemple à suivre dans le domaine des soins palliatifs.

Prenons le mythe voulant que le corps médical offre les garanties de sécurité voulues pour l'euthanasie et le suicide assisté. C'est une idée couramment répandue. Aucun des partisans de l'euthanasie n'irait jamais proposer d'en confier la responsabilité à qui que ce soit d'autre que les médecins. J'ai de sérieuses objections lorsqu'on veut associer ce genre de concept au port de la blouse blanche et le placer dans le contexte des soins médicaux.

L'histoire de notre siècle démontre qu'il n'est pas logique de croire que les médecins offrent toutes les garanties de sécurité. Les médecins sont des gens comme tout le monde, qui ont leurs préjugés, leurs valeurs, et leurs émotions. Nous ne sommes pas différents du reste de la société. La pratique de l'euthanasie et du suicide assisté n'offrirait pas plus de sécurité, si elle nous était confiée, que si elle incombait à qui que ce soit d'autre. La sécurité est peut-être encore moins bien assurée.

Pour conclure, je voudrais en revenir au seul document que vous avez peut-être reçu, si j'ai bien compris. Ce document et les 43 médecins qui l'appuient préconisent énergiquement de poursuivre les efforts déployés par la société et les services de santé pour

[Text]

of the frail and the dying. This system of palliative or hospice care must be widely available to all Canadians and accessible to them before we entertain any change in law in our country.

We find no moral ethical difference between euthanasia and physician-assisted suicide and reject these two concepts. They are not part of palliative care or the physician's mandate in any way.

Physician-assisted suicide is often seen as a softer option because the doctor is not directly involved in giving the medication or the drug to the patient. We find this arm's-length relationship may ease the awareness and the conscience of the doctor. However, a doctor who orders the medication knowing that it will end the life of the patient creates as equal a moral act as if he or she were to give the drug him or herself.

Senator Beaudoin: You have put the accent on palliative care, which I think is the case in Great Britain, not in Holland. You are obviously of the British school?

Ms Latimer: Canadian and British, yes.

Senator Beaudoin: You were clear at the end of your remarks. I understand that you do not want the legislation and the Criminal Code to be changed; is that right?

Ms Latimer: Yes.

Senator Beaudoin: Consequently, you agree with the decision of the majority in the *Sue Rodriguez* case; do you not?

Ms Latimer: Yes.

Senator Beaudoin: There was a majority in favour of the section of the Criminal Code and a minority against, stating it goes against the Charter of Rights and Freedoms.

What about the living will? Are you in favour of such an instrument or do you have reservations about it?

Ms Latimer: I would be in favour of people having the option to decide about their treatment which can be conveyed in a living will, in terms of what sort of treatment they would like to have toward the end of life. In other words, they may choose not to have certain kinds of therapies which prolong their life. They should have the right, or the option to be able to choose.

Anything that can clarify for doctors and health care systems the sort of treatment a person wants to have is to be applauded. If it happens through a living will or through the durable power of attorney, coming into effect soon, or a combination of the two is also to be applauded. A patient simply letting their doctor know the general nature of their wishes about those kinds of things can only be applauded.

A living will, cessation of treatment and outlining what people would choose to have, is significantly different from expressing a wish to be killed. One is the notion of allowing a patient to die when death is imminent by refusing treatment; the other being a request to have one's life actively ended.

[Traduction]

mieux soigner les invalides et les mourants. Ces soins palliatifs doivent être offerts à tous les Canadiens avant qu'on ne songe à modifier la loi du pays.

Nous ne constatons aucune différence déontologique entre l'euthanasie et le suicide assisté et nous rejetons ces deux concepts. Ils ne font aucunement partie des soins palliatifs ou de la mission du médecin.

Le suicide assisté par un médecin est souvent considéré comme une option moins radicale du fait que le médecin n'administre pas directement au patient le médicament ou la substance. Cette distance peut alléger la conscience du médecin. Toutefois, un médecin qui prescrit l'administration d'une substance en sachant qu'elle mettra fin à la vie du patient assume la même responsabilité morale que s'il administrait le médicament lui-même.

Le sénateur Beaudoin: Vous avez mis l'accent sur les soins palliatifs qui correspondent, je pense, au modèle britannique et non pas néerlandais. De toute évidence, vous êtes de l'école britannique?

M^{me} Latimer: Canadienne et britannique, oui.

Le sénateur Beaudoin: Vous étiez claire à la fin de votre exposé. Si j'ai bien compris, vous ne voulez pas de changement à la loi et au Code criminel, n'est-ce pas?

M^{me} Latimer: Oui.

Le sénateur Beaudoin: En conséquence, vous êtes d'accord avec l'arrêt rendu par la majorité des juges dans l'affaire *Sue Rodriguez*, n'est-ce pas?

M^{me} Latimer: Oui.

Le sénateur Beaudoin: La majorité des juges se sont prononcés pour l'article en question du Code criminel et une minorité contre, affirmant qu'il était contraire à la Charte des droits et libertés.

Que pensez-vous du testament biologique? Êtes-vous pour ou avez-vous des réserves?

M^{me} Latimer: Je serais d'accord pour que les gens puissent décider, dans un testament, du traitement qu'ils sont prêts à subir à la fin de leur vie. Autrement dit, ils peuvent décider de ne pas subir certains traitements visant à prolonger leur vie. Ils devraient avoir ce droit ou cette possibilité de choix.

Tout ce qui peut préciser aux médecins et aux services de santé le genre de traitement qu'une personne est prête à recevoir est une excellente chose. Si c'est sous la forme d'un testament biologique ou d'une procuration ou encore les deux, c'est également une excellente chose. Un patient qui fait simplement connaître à son médecin la nature générale de ses désirs à ce propos ne peut qu'en être félicité.

Un testament biologique, demandant la cessation du traitement et décrivant le genre de soins que le patient souhaite obtenir n'a rien à voir avec l'expression du désir d'être tué. Dans un cas, il s'agit de laisser l'intéressé mourir en refusant le traitement lorsque la mort est imminente; dans l'autre, le patient demande à ce que l'on mette activement fin à sa vie.

[Texte]

Le sénateur Beaudoin: Si une personne, dans son testament biologique, dit qu'en cas de maladie, elle désire évidemment, recevoir des soins palliatifs mais qu'elle ne veut pas être branchée à un appareil. C'est ma première hypothèse.

Une autre personne peut dire, dans un testament biologique, que si elle est frappée par la maladie et qu'elle souffre beaucoup, elle aimerait que l'on pratique l'euthanasie.

La deuxième hypothèse c'est ce que l'on appelle, semble-t-il, «l'euthanasie active». Dans le premier cas, la personne demande de ne pas prendre de moyens extraordinaires pour la garder en vie. Est-ce cela que l'on appelle «l'euthanasie passive»?

Le sénateur Desmarais: Non, sénateur Beaudoin.

Le sénateur Beaudoin: C'est toujours ce que j'ai appris. Il se peut que j'ai été mal renseigné.

Vous êtes médecin, madame, qu'est-ce que vous en pensez?

Ms Latimer: The active/passive euthanasia phraseology is not being utilized to frame these kinds of issues currently, the reason being — I think you have illustrated it very clearly, senator — that it is confusing for people as to what is active and what is passive, which was a traditional way of thinking. The way we are thinking now is that there are two categories of actions by doctors. There would be the non-initiation of treatment, not applying treatments, and the cessation of treatment, both of which would fall into sound ethical decision-making in terms of good patient care. On the other side of what one could draw as a fairly strong line, would be euthanasia, physician-assisted suicide; actions taken by the doctor with a goal to take the patient's life where death becomes the objective.

On the other side of the coin, the objective is to relieve the patient of treatment they find too burdensome or to allow them to say, "I don't want that sort of burdensome treatment."

What you have identified, senator, is probably the most serious crux of this debate. That is the case certainly for the public because there is a great deal of confusion extant about what it is we are talking about. It is hard for the public. For example, every so often there is another information poll which comes forward about this subject. We never see the exact questions that are asked of the public, but we know there is a tremendous amount of misinformation and lack of clarity in their minds as to what we are talking about.

Most doctors in Canada today would have very little difficulty with the refusal of treatment. If someone were to say, "I don't want treatment if I am dying, I don't want these things," many of us would be tremendously relieved to have that clarified. That is significantly different from a positive obligation to take life actively by modalities whose goal is to end life.

There is quite a distinction and I am happy you have underlined it because it is an issue of great confusion.

Senator Beaudoin: It is two very different things.

Ms Latimer: Yes, two very different things. It is those two very different things I fear which can change the nature of the profession of medicine and our society. Once we start to deem

[Translation]

Senator Beaudoin: If a person says in his living will that he obviously wishes to receive palliative care in case of disease but that he does not want to be plugged into a machine. That's my first scenario.

Another person may say in a living will that, if he catches a disease and suffers a great deal, he would like euthanasia.

The second scenario is apparently what is called "active euthanasia". In the first case, the person asks that no extraordinary measures be taken to keep him alive. Is that what is called "passive euthanasia"?

Senator Desmarais: No, Senator Beaudoin.

Senator Beaudoin: That's what I have always been told. Perhaps I've been misinformed.

You are a doctor, madam. What do you think?

Mme Latimer: À l'heure actuelle, l'expression «euthanasie active ou passive» ne sert pas à décrire ce genre de situations pour la raison — que vous avez très bien illustrée, sénateur — à savoir que les gens ne voient pas très bien ce qui est actif et passif. De la façon dont nous concevons les choses maintenant, les médecins peuvent prendre deux catégories de mesures. D'une part il s'agit de ne pas entreprendre un traitement ou de mettre fin au traitement, ce qui, dans les deux cas, est conforme aux règles de déontologie à l'égard des soins au patient. Dans l'autre, il s'agit de l'euthanasie ou du suicide assisté. Autrement dit, le médecin prend des mesures dans le but de mettre un terme à la vie du patient et la mort devient l'objectif visé.

On peut dire aussi que le but est de libérer le patient d'un traitement qu'il juge trop pénible ou de le laisser dire qu'il ne veut pas de ce traitement pénible.

En fait, sénateur, vous avez sans doute mis le doigt sur le noeud du problème. Le public a du mal à s'y retrouver car les gens ne savent pas exactement de quoi nous parlons. Ce n'est pas facile à comprendre. Par exemple, on publie régulièrement les résultats d'un nouveau sondage à ce sujet. Nous ne voyons jamais le libellé exact des questions qui sont posées au public, mais nous savons que les gens sont extrêmement mal informés et qu'ils ne savent pas très bien de quoi nous parlons.

La plupart des médecins canadiens d'aujourd'hui acceptent assez facilement le refus du traitement. Si un malade leur dit qu'il refuse que l'on prolonge sa vie artificiellement, la plupart d'entre eux en seront extrêmement soulagés. Ce n'est pas la même chose que d'être obligé d'enlever une vie au moyen de mesures actives dont le but est de mettre fin à la vie.

Il y a là une distinction très importante et je me réjouis que vous l'ayez soulignée, car cela suscite énormément de confusion.

Le sénateur Beaudoin: Ce sont deux choses très différentes.

Mme Latimer: Oui, deux choses très différentes. Ce sont ces deux choses très différentes qui risquent, je le crains, de modifier la nature de la médecine et de notre société. Une fois qu'on

[Text]

that some people's lives are not worth living, we have nowhere to stop.

People will tell you that the slippery slope is overrated. I do not know whether anyone has told you that to date, but we do not carve the notches in the slope deep enough to be able to say that.

Senator Beaudoin: Your answer was clear.

The Chairman: Dr. Latimer, does the law today not empower a patient to request non-initiation and withdrawal? They have the right to do it

Ms Latimer: No question about that.

The Chairman: There is no question of it being a physician's prerogative to make that decision.

Ms Latimer: Very much so, and to complement this, and I cannot say for Canada entirely, but health professions at this time are very anxious to learn the wishes of people who are seriously ill and to learn them before they get into a situation of needing life-support treatment. We really want that information early so that inappropriate things are not done to people.

I think it is the fear of losing control over dying that causes some of the grassroots initiatives, certainly, for euthanasia and assisted suicide.

Senator Desmarais: Dr. Latimer, thank you for your presentation; it is very much appreciated. Is organized palliative care available throughout Canada to all Canadians, including those living in under-served areas?

Ms Latimer: The answer to that question is a categorical "no".

Senator Desmarais: Would you agree with me that more than half the population in Canada live in under-served areas?

Ms Latimer: I do not know the numbers, but I am sure that is true.

I would worry also that it is not available in some major centres in Canada. It is that unevenness of palliative care where a fledgling field made great strides over the years. We fear, as you will probably hear this afternoon, that an introduction change in the law at this time would short circuit any development of palliative care as an option in Canada.

Senator Desmarais: How many patients undergoing palliative care would request euthanasia for assisted suicide? How often does that happen in palliative care patients?

Ms Latimer: Rarely. I thought that someone might ask that so I was adding it up in my mind coming over. Of the 4,000 people for whom I have cared, about four people persisted in a desire to die, despite physical comfort and good care. It was not pain that caused them to feel this way, it was a sense of suffering and burdensomeness to their families.

[Traduction]

commence à juger que la vie de certaines personnes ne vaut pas la peine d'être vécue, plus rien ne nous arrête.

Certains vous diront que ces craintes sont exagérées. J'ignore si quelqu'un vous l'a dit jusqu'ici, mais c'est un terrain très glissant sur lequel on risque de déraiper.

Le sénateur Beaudoin: Votre réponse était claire.

La présidente: Docteur Latimer, la loi actuelle ne permet-elle pas au patient de refuser un traitement? Il a le droit de le faire.

M^{me} Latimer: Sans aucun doute.

La présidente: Il ne fait aucun doute que le médecin a la prérogative de prendre cette décision.

M^{me} Latimer: Certainement, et j'ajouterais que, sans pouvoir parler pour tout le Canada, les professionnels de la santé tiennent beaucoup à connaître les désirs des personnes gravement malades avant qu'elles n'aient besoin de traitements visant à prolonger la vie. Nous voulons obtenir ce renseignement le plus tôt possible afin de ne pas imposer aux gens des traitements dont ils ne veulent pas.

À mon avis, c'est la peur de perdre le contrôle sur la mort qui est à l'origine de certaines initiatives et, en tout cas, de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le sénateur Desmarais: Docteur Latimer, je vous remercie de votre exposé que j'ai beaucoup apprécié. Les soins palliatifs sont-ils à la disposition des Canadiens de tout le pays, y compris ceux qui vivent dans des régions mal desservies?

M^{me} Latimer: Je dois répondre à cette question par un «non» catégorique.

Le sénateur Desmarais: Êtes-vous d'accord avec moi pour dire que plus de la moitié de la population canadienne réside dans des régions mal desservies?

M^{me} Latimer: J'ignore les chiffres exacts, mais c'est certainement vrai.

Je crains également que ces services ne soient pas disponibles dans certaines grandes villes du pays. C'est sur le plan de l'inégalité des services que le nouveau domaine des soins palliatifs a réalisé de grands progrès au cours des années. Comme vous l'entendrez sans doute dire cet après-midi, nous craignons que, si la loi est modifiée, cela nuise au développement des soins palliatifs.

Le sénateur Desmarais: Combien de patients qui reçoivent des soins palliatifs demanderaient l'euthanasie ou le suicide assisté? Quelle est la fréquence de cette demande chez les patients qui reçoivent des soins palliatifs?

M^{me} Latimer: C'est rare. Comme je m'attendais à ce qu'on pose la question, j'ai fait un petit calcul de tête en venant. Sur les 4 000 personnes dont je me suis occupée, quatre environ persistaient à vouloir mourir, malgré le confort physique et les bons soins qu'elles recevaient. Ce n'est pas la douleur qui les incitait à penser ainsi, mais le sentiment de faire souffrir leur famille et d'être une charge pour elle.

[Texte]

My palliative care colleagues would say the same thing. When a relationship is trusting and care is effective, this particular type of issue does not come up very often. We think it is isolation and abandonment from care that may cause people to ask for euthanasia.

Senator Corbin: The question that I am asking may have been asked before because I have missed one or two meetings, so do not hesitate to cut me off if I repeat certain points.

I suppose there is such a thing as a worst-case scenario where, especially the immediate family or friends; or the assisting doctor and nurses, may be pulled apart by what they see before them. What happens in a situation like that? Do you understand what I mean?

Ms Latimer: Yes. That can happen. What happens depends a lot on why people are feeling so distressed. If it is an end-stage symptom like pain or suffocation, we strive hard to sedate the individual who suffers that sort of problem and cause them to sleep in a peaceful way. If it is staff distress because they happen to be young, or any of those other kinds of compelling, emotional issues, we would meet with the staff to try to help them around their feelings. If the family were distressed, there would be therapy and counselling for them.

Usually when we do those kinds of interventions, the degree of anxiety and distress goes down. People are then able to be patient with those last few days of living. It is almost like crisis intervention work at that time. It takes a health professional team with a particular knowledge base and orientation to be able to seize the issue and intervene in a variety of areas. We do palliative care in interdisciplinary teams so that we have social workers and other people to help.

You may also be asking if it is intractable suffering from physical causes. We are beginning to elucidate — and you will see this in the paper that I sent over — that sedation can sometimes be necessary at end stage in order to allow the patient to be peaceful. Good palliative care would ensure this happens.

Senator Corbin: Thank you for that information. The other question that I want to ask concerns the act of dying.

There are physiological and mental processes involved. Would I be wrong in assuming — because I have given this a lot of thought because of situations that I have been in — that there is a point where, to the onlooker, there is a reaction to what appears to be extreme, crucial pain in the patient but surely nature must have had some compassionate thoughts at this moment of existence? In other words, to the onlooker the patient is suffering tremendously, but in actual fact the patient is not suffering as the onlooker would consider the concept of suffering to be? In other words, you go into a phase of painlessness. Not a lot of us have gone through the process of death, but perhaps you or your colleagues have. Do we have evidence that in taking its course, nature has thought about being kind to the patient?

[Translation]

Mes collègues des soins palliatifs diraient la même chose. Lorsqu'il y a des rapports de confiance et que les soins sont efficaces, cette question n'est pas souvent soulevée. À notre avis, c'est l'isolement et l'abandon du personnel soignant qui peut inciter les gens à demander l'euthanasie.

Le sénateur Corbin: La question que je pose a peut-être déjà été soulevée vu que j'ai manqué une ou deux réunions, alors n'hésitez pas à me couper la parole si je répète certaines choses.

Je suppose qu'il existe des circonstances dans lesquelles la famille immédiate ou les amis, ou encore le médecin et les infirmières, sont désespérés par ce qu'ils voient. Qu'arrive-t-il dans ce genre de situation? Comprenez-vous ce que je veux dire?

M^{me} Latimer: Oui. Cela peut arriver. Tout dépend des raisons pour lesquelles les gens éprouvent ce désarroi. S'il s'agit de symptômes de phase terminale comme de la douleur ou une suffocation, nous nous efforçons d'administrer un sédatif au patient pour qu'il tombe dans un sommeil paisible. Si le désarroi du personnel est dû à la jeunesse du patient ou à tout autre problème émotif, nous réunissons le personnel soignant pour l'aider à surmonter ses sentiments. Si c'est la famille qui souffre, nous lui offrons un traitement et du counselling.

Généralement, grâce à ce genre d'intervention, l'anxiété et le désarroi diminuent. Les gens peuvent alors se montrer patients avec ceux qui n'ont plus que quelques jours à vivre. C'est à peu près comme une intervention en cas de crise. Il faut une équipe de professionnels de la santé ayant des connaissances et une orientation particulières pour pouvoir aborder le problème et intervenir dans divers domaines. Nous dispensons les soins palliatifs au sein d'équipes pluridisciplinaires de façon à disposer de travailleurs sociaux et d'autres spécialistes pour nous aider.

On peut aussi se demander s'il s'agit d'une souffrance ayant des causes physiques. Nous commençons à comprendre — et vous pourrez le lire dans le document que je vous ai fait parvenir — que la sédation est parfois nécessaire, lors de la phase ultime, pour permettre au patient de rester serein. De bons soins palliatifs veillent à ce que ce soit le cas.

Le sénateur Corbin: Merci de ce renseignement. L'autre question que je voudrais poser concerne le fait de mourir.

Des processus physiologiques et mentaux interviennent. Ai-je tort de supposer — étant donné que j'ai beaucoup réfléchi à la question à cause de certaines situations que j'ai vécues — qu'à un moment donné, l'observateur constate une réaction à ce qui semble être une douleur extrême et fulgurante chez le patient, mais que la nature doit certainement faire preuve d'une certaine compassion à ce moment de l'existence? Autrement dit, pour l'observateur, le patient semble souffrir énormément, mais en réalité il ne souffre pas autant qu'on peut se l'imaginer? Autrement dit, vous entrez dans une phase où la douleur ne vous atteint plus. Nous ne sommes pas nombreux ici à avoir observé la mort de près, mais peut-être l'avez-vous fait vos collègues et vous-même. Avons-nous la preuve que la nature manifeste ce genre de compassion envers le patient?

[Text]

Ms Latimer: We have some evidence of that. We also have considerable evidence that onlookers may perceive suffering and suffer for that more than the person who is actually dying. Paul Ramsay, an anaesthetist who is now deceased, talked about that in relation to the loss of dignity and that what we see when we see the dying that distresses us is a major issue, as opposed to what the patients are actually having happen to them. It is not unusual for us to have to reassure families that there is not physical pain or suffering because the image of death can be seen in that way.

Part of what you are reminding me of is some of the difficulty that is involved in this process. In Canada, as in any country like ours, natural death has been removed from view into hospitals and institutions. Consequently, a lot of young people growing up have never seen anyone die and they do not know what that can look like. That can compound some of the fearfulness. We have learned that and try to help people to understand the difference of what they are seeing.

If their families are supported through the process, the fearfulness goes down considerably. We were able to role model and to show people how to be tender, how to be close, how not to be frightened. If death is well managed, it can be a peaceful event at end stage.

Senator Lavoie-Roux: I want to thank you for your presentation. It was very interesting. I am going to ask you very practical questions.

It seems that, without favouring one avenue at the expense of another, if there is good palliative care available, though it is not available to a good part of the population, that might be the better way to go and the matter of euthanasia might not come up so frequently as now.

From your point of view, what is the cost of developing good palliative care? I know it is hard to say, it is such a general question. You pointed out at some point in your presentation that, right now, everyone feels that things are tightening up even to protect the health care system as it exists. Has cost been a difficulty? Perhaps not in Hamilton where you are working, but is this generally a barrier? Is it the main barrier or a question of philosophy that we have not better developed palliative care or made it more available to most of the population who require it?

Ms Latimer: In the earlier years, it was probably philosophy in a new field that may have been the barrier. Major institutions needed some convincing and a little bit of history to say, yes, this is a modality of health care that will be here to stay, we should develop that.

At the current time, finances probably play a larger role. However, I would challenge our society to think about where do we want to put our money?

The other awakening realization happening within health care is that many of the diseases which we felt we could cure are not being cured, but literally palliated. We may be spending more money on the systems of health care that could be deployed

[Traduction]

M^{me} Latimer: Nous en avons certaines preuves. Il est également démontré que l'observateur peut percevoir une souffrance et en souffrir beaucoup plus que celui qui meurt. Paul Ramsay, un anesthésiste maintenant décédé, en a parlé dans le contexte de la perte de dignité et de ce qui nous désespère quand nous voyons le mourant, par opposition à ce que le patient éprouve réellement. Il arrive que nous ayons à rassurer les membres de la famille en leur disant que le patient n'éprouve pas de douleurs ou de souffrances physiques, car c'est parfois ainsi que l'on voit la mort.

Cela me donne à penser à certaines difficultés que soulève ce processus. Au Canada, comme dans tout autre pays semblable au nôtre, la mort naturelle a été soustraite aux regards et cachée dans les hôpitaux et les institutions. En conséquence, beaucoup de jeunes qui grandissent n'ont jamais vu quelqu'un mourir et ignorent à quoi cela ressemble. Cela peut aggraver certaines peurs. Nous l'avons appris et nous essayons d'aider les gens à comprendre ce qui se passe vraiment sous leurs yeux.

Si l'on apporte un soutien à la famille, la crainte diminue énormément. Nous avons pu établir des modèles de rôle et montrer aux gens comment être affectueux et proche du mourant, comment ne pas avoir peur. Si l'on aborde bien la mort, il peut s'agir d'une fin paisible.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je voudrais vous remercier de votre exposé. Il était très intéressant. Je vais vous poser des questions d'ordre pratique.

Apparemment, sans favoriser une option aux dépens de l'autre, si de bons soins palliatifs sont offerts au patient, même si la majeure partie de la population ne peut pas les obtenir, ce serait peut-être la meilleure voie à suivre et la question de l'euthanasie ne serait peut-être pas soulevée aussi souvent.

Selon vous, combien coûterait-il de développer de bons soins palliatifs? Je sais qu'il est difficile de répondre à une question aussi générale. Dans votre exposé, vous avez dit que, pour le moment, tout le monde estime que des restrictions budgétaires s'imposent ne serait-ce que pour protéger les services de santé actuels. Le coût a-t-il posé un problème? Peut-être pas à Hamilton où vous travaillez, mais s'agit-il généralement d'un obstacle? Est-ce pour cette raison ou pour une question d'idéologie que nous n'avons pas mis les soins palliatifs davantage à la disposition de la majorité des gens qui en ont besoin?

M^{me} Latimer: Au début, c'était sans doute un obstacle d'ordre idéologique, car il s'agissait d'un nouveau domaine. La plupart des établissements de soins avaient besoin d'être convaincus que c'était une forme de soins destinée à prendre de l'expansion.

À l'heure actuelle, l'aspect financier joue probablement un rôle plus important. Toutefois, je mets notre société au défi de penser à l'usage que nous voulons faire de notre argent.

Le corps médical s'est également rendu compte qu'un grand nombre des maladies qu'il pensait pouvoir guérir n'étaient pas guérissables et qu'on se contentait de les pallier. Peut-être consacrons-nous à certains services de santé de l'argent qui

[Texte]

elsewhere. It is a societal health planning issue whether a shift in funding would occur to allow the support of palliative care.

Effective palliative care services in Canada will cost money. But if we believe sufficiently that they are important, as I hope we will believe, we would be willing to deploy resources away from other sorts of care that may have been proven to be cost ineffective. There are major interventionist procedures that do not alleviate symptoms, do not enhance quality of life. We may be in a position to have to ask those hard questions.

Some studies were done initially and we hoped we could prove that palliative care was cheaper. It may be a little cheaper than high-tech health care, but we do not think we would want it to be that way because it requires a professional team of people to be sure that care is effective and safe. It will cost money.

The major question for society is where, in future, do we want to put our health care system dollars and our social systems dollars. Society is beginning to ask those questions, for example, in cancer care, where the original intention and desire was to have a cure of cancer, and hopefully that will come. It needs a shift of resources to caring for people with cancer as well, and we have seen that change philosophically. Things may be able to move.

Senator Lavoie-Roux: Am I interpreting you correctly? You did not say so in such words, that leaning more towards active euthanasia may prevent us from looking at another alternative which is palliative care and that this might be a dangerous route in view of the economic restraint which we all face within the health care system? Is it something that can be corrected? Do you have any indication in your practice, with your confrères, that if these people will die within three to nine months, whatever, and it is very costly to keep them alive, that it might be "simpler" to say: "Why are we waiting another three to nine months for something which will happen in any case and is costing society a lot of money?" Are we facing those kinds of choices right now?

Ms Latimer: Yes, we are. I do not want to be alarmist about that, but what we are hearing more and more, generally speaking, are conversations of that nature. They are only conversations now, because we have laws. I think the protection of law is a good thing.

The difficulty is, once we decide on any basis that euthanasia is good for some people, it would be very difficult to say that it was also not good for others. There are many very frail incapacitated people who, in some people's eyes, are serving no purpose in our society. We already hear conversations to that effect. It is a good point.

Senator Lavoie-Roux: You raised a question of the means of decreasing pain, and we have had other people saying there should be more research done in terms of painkilling or pain

[Translation]

pourrait être redéployé ailleurs. Peut-être qu'une certaine planification sociale nous permettrait de financer les soins palliatifs.

Des services de soins palliatifs efficaces coûteront cher. Toutefois, si nous les croyons suffisamment importants, comme je l'espère, nous serons prêts à y consacrer des ressources qui, pour le moment, sont absorbées par d'autres types de soins peu rentables. Il y a d'importantes méthodes d'intervention qui n'atténuent pas les symptômes et n'améliorent pas la qualité de la vie. Peut-être serons-nous en mesure d'examiner ce genre de problèmes complexes.

Certaines études ont été effectuées au départ et nous espérons pouvoir prouver que les soins palliatifs revenaient moins cher. Ils sont peut-être un peu moins coûteux que les soins de santé de haute technologie, mais nous ne pensons pas que ce soit souhaitable, car il faut une équipe de professionnels de la santé pour que les soins soient efficaces et sûrs. Cela coûtera cher.

La société a d'importantes questions à se poser quant à la façon dont elle veut dépenser l'argent destiné aux soins de santé et aux services sociaux. La société commence à se poser ce genre de questions, par exemple, pour les soins aux cancéreux, l'intention initiale étant de trouver un remède contre le cancer, ce qui viendra un jour, je l'espère. Il faut également réorienter les ressources vers les soins aux cancéreux et nous avons assisté à un changement à cet égard du point de vue idéologique. Les choses vont peut-être pouvoir bouger.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ai-je bien compris? Vous laissez entendre que si nous nous dirigeons davantage vers l'euthanasie active, cela peut nous détourner d'une autre solution qui est celle des soins palliatifs et que c'est dangereux étant donné les restrictions budgétaires auxquelles les services de santé doivent faire face? Est-il possible de corriger cette situation? Avez-vous constaté en pratique, vous et vos confrères, que si le patient doit mourir d'ici trois à neuf mois, disons, et qu'il revient très cher de le garder en vie, il peut être «plus simple» de dire: «Pourquoi attendre trois à neuf mois une issue inévitable alors que cela va coûter très cher à la société?» Sommes-nous déjà confrontés à ce genre de choix?

M^{me} Latimer: Oui. Sans vouloir me montrer alarmiste, nous entendons de plus en plus de propos de cette nature. Pour l'instant, ce ne sont que des paroles, parce que nous avons des lois. Je crois que la protection offerte par la loi est une bonne chose.

Le problème c'est que, une fois qu'on a décidé que l'euthanasie était souhaitable, pour certaines raisons, pour certaines personnes, il est très difficile de dire qu'elle n'est pas souhaitable pour d'autres. Il y a beaucoup de gens invalides qui, aux yeux de certains, n'ont aucune utilité dans notre société. Nous entendons déjà ce genre de propos. C'est une bonne question.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez parlé des moyens disponibles pour soulager la douleur et d'autres personnes nous ont dit qu'il faudrait faire davantage de recherches sur les

[Text]

relief. Are there serious studies along that line, and should some money be oriented towards supporting that type of research?

As my last point, would there be cases when we could not really find pain relief for a certain type of patient?

Ms Latimer: Yes, I think we need research for pain control methods. We use opioid analgesics, pain-relieving narcotic drugs, very well in palliative care, but we have reached our saturation with what we can do with those drugs. There are two or three pain syndromes that are particularly difficult for us to treat, nerve pain, bone pain, and pain that is largely comprised of suffering in the psychological sphere.

We have not put serious research money in Canada into addressing either physical pain relief or the relief of suffering. If we were to be serious, those would be the two paths that we need to put serious research money into.

To answer your last question, we do have people for whom we are not able to relieve pain. They are few. We call them people with intractable pain problems. They are devastating problems. Our only option, at this point in time, is to sedate those people at the end of life; render them sleeping for the last few days of their life. It is a heartbreaking situation for everyone involved.

To change law or medical practice to take the lives of those people, dramatic and tragic though their situation may be, would be unsound and unsafe.

The very hard cases we have, should not serve as the basis for sweeping changes in law or medical practice.

Senator Lavoie-Roux: I do have some other questions, but I can wait until others have had a chance.

The Chairman: Perhaps that would be best. Thank you.

Senator Grafstein: I would like to come back to the definitions you set out at page 10 of your brief, because I am confused about justice.

Ms Latimer: Justice?

Senator Grafstein: The legal system, the justice system.

At the beginning of the paragraph on the top of page 10, you talk about the competing tensions between the individual's right of autonomy and then the notion of justice, the right to protection of the person as enunciated in the values of larger society. Later on on that page, you talk of the notion of justice being the greater good for the greatest numbers.

My understanding of justice is equal treatment before the law; therefore, I come at this issue somewhat differently.

I can separate in my mind the political issue of equal treatment and care. I agree with you on that. I think people should have equal treatment across the country. That's the essence of the Medicare; for people to get equal treatment across the country.

[Traduction]

analgésiques ou la suppression de la douleur. Fait-on des études sérieuses dans ce domaine et ne faudrait-il pas diriger des fonds vers ce type de recherches?

Enfin, existe-t-il des cas où il n'est pas possible d'atténuer les souffrances de certains types de patients?

Mme Latimer: Oui, je pense qu'il faudrait faire des recherches sur les méthodes d'atténuation de la douleur. Nous faisons une excellente utilisation des analgésiques opiacés, des stupéfiants qui calment la douleur dans le domaine des soins palliatifs, mais nous avons atteint la limite de ce qu'il était possible de faire avec ces substances. Il y a deux ou trois syndromes de douleur qui sont particulièrement difficiles à traiter, les douleurs au niveau des nerfs et des os et les douleurs de nature surtout psychologiques.

Le Canada n'a pas vraiment consacré beaucoup d'argent à la recherche sur le soulagement de la douleur physique ou de la souffrance. Si nous étions vraiment déterminés, ce serait les deux choses auxquelles il faudrait consacrer davantage de fonds pour la recherche.

Pour répondre à votre dernière question, nous avons des patients dont nous ne pouvons pas soulager la douleur. Ce sont des douleurs qui résistent aux analgésiques et qui posent un problème énorme. La seule solution, pour le moment, est de placer ces personnes sous sédation, de les endormir pour les quelques jours qu'il leur restent à vivre. Cela nous brise le coeur à tous.

Il ne serait pas logique et il serait dangereux de modifier la loi ou la pratique de la médecine pour ôter la vie à ces personnes, aussi dramatique et tragique leur situation soit-elle.

Les quelques cas très difficiles que nous avons ne devraient pas servir de prétexte à un changement radical de la loi ou des pratiques médicales.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'ai quelques autres questions à poser, mais j'attendrai que mes collègues aient eu droit à leur tour.

La présidente: C'est peut-être préférable. Merci.

Le sénateur Grafstein: Je voudrais revenir aux définitions que vous donnez à la page 10 de votre mémoire, car je ne comprends pas très bien en ce qui concerne la justice.

Mme Latimer: La justice?

Le sénateur Grafstein: La justice, le système judiciaire.

Au début du paragraphe en haut de la page 10, vous mentionnez les tensions entre le droit à l'autonomie et la notion de justice, le droit à la protection et à la sécurité de la personne reconnu par la société. Un peu plus loin, vous faites valoir que la justice correspond à l'intérêt supérieur de la majorité des membres de la société.

Selon mon concept de la justice, chacun doit être égal devant la loi; par conséquent, j'aborde cette question dans une optique quelque peu différente.

Pour ce qui est de l'égalité de traitement en ce qui concerne les soins, je suis d'accord avec vous sur ce point. À mon avis, la plupart des gens devraient pouvoir obtenir les mêmes soins d'un bout à l'autre du pays. C'est le principe sur lequel repose

[Texte]

Unfortunately, because of economics and personnel, that is very difficult to achieve, but it is a goal, and it is a shared common value across the country.

When we get to justice, it is somewhat different in the sense that it is a question of individual choice and treatment. To me, the notion of justice means that each person is entitled to free choice, and therefore entitled to be treated equally in front of the law.

Let us look at the three cases that you talked about with my colleague Senator Beaudoin. Let's characterize them by referring to choice. A person chooses to be allowed to die without treatment; a person chooses to have the cessation of treatment; and a person chooses to seek assistance.

From a question of justice, what is the difference among the three? You seem to differentiate. Unlike Senator Beaudoin, I cannot see the difference when it comes to choice.

Sue Rodriguez made a choice. She said, "I want to die." The system of justice said, "You can't. You could die if you could kill yourself, but you can't die if somebody has to help you." She said, "I want to die. That is my choice."

For me, that is justice: Equal treatment before the law.

Ms Latimer: It is hard for me to comment about the law because I am not a —

Senator Grafstein: Doctor, you set out the notion of justice. I want to deal with your notion. I want to know what you are talking about.

Ms Latimer: Dr. McGregor and I as authors were referring to the ethical concept of justice which is described as the greatest good for the greatest numbers, which is an ethics sort of principle.

Coming back, though, to the three cases that you indicated, I think the difference can be very difficult to articulate. It is the nature of the actions and the rights and obligations involved. We probably have a right to be allowed to die in some situations, but not in all. We could argue that —

Senator Grafstein: You say, "We probably have the right." Explain what you are saying. Who is making that decision?

Ms Latimer: That is a very good point. I could not tell you who is making it, but I think there is an articulated right to be allowed to die in certain circumstances.

Whether rights language is even the right language to frame this kind of debate is suspect because a right implies a corresponding obligation. If I have a right to be allowed to die in certain circumstances, then someone else has the right or obligation to see that occurs without interference.

There has never been articulated in the U.S. or Canada a right to be killed. There is a significant difference, because if there was

[Translation]

l'assurance-maladie; les gens doivent pouvoir se faire soigner également dans toutes les régions du Canada. Malheureusement, c'est très difficile à réaliser pour des raisons économiques et personnelles, mais tel est l'objectif visé et telles sont les valeurs communes à tous les Canadiens.

Pour ce qui est de la justice, les choses sont quelque peu différentes en ce sens que c'est une question de choix individuel et de traitement. Selon moi, le principe de justice signifie que chaque personne a droit à un libre choix et qu'elle a donc le droit de se faire traiter également aux yeux de la loi.

Examinons les trois cas dont vous avez parlé avec mon collègue, le sénateur Beaudoin. Caractérisons-les en fonction du choix fait. Une personne décide de mourir sans traitement; une autre choisit de faire cesser son traitement et une autre encore choisit d'obtenir de l'aide.

Du point de vue de la justice, quelle est la différence entre les trois? Vous semblez faire une différence. Contrairement au sénateur Beaudoin, je ne vois pas de différence pour ce qui est du choix.

Sue Rodriguez a fait un choix. Elle a dit qu'elle voulait mourir. La justice lui a répondu: «Vous pourriez mourir si vous étiez en mesure de vous tuer vous-même, mais pas si quelqu'un doit vous aider à le faire». Elle a alors répondu: «Je veux mourir, c'est mon choix».

Selon moi, la justice est respectée, car la loi s'applique à tout le monde de la même façon.

M^{me} Latimer: Je peux difficilement parler de la loi, car je ne suis pas...

Le sénateur Grafstein: Docteur, vous avez énoncé la notion de justice. Je reviens sur ce concept. Je veux savoir de quoi vous parlez.

M^{me} Latimer: Le D^r McGregor et moi-même faisons allusion au concept déontologique de la justice qui est décrit comme l'intérêt supérieur de la majorité, ce qui est une sorte de principe moral.

Toutefois, pour en revenir aux trois cas que vous avez cités, la différence peut être très difficile à décrire. Elle réside dans la nature des actes, des droits et des obligations en cause. Vous avez sans doute le droit de mourir dans certaines circonstances, mais pas dans toutes. Nous pourrions faire valoir que...

Le sénateur Grafstein: Vous dites que nous en aurions probablement le droit. Expliquez-vous. Qui prend cette décision?

M^{me} Latimer: C'est une excellente question. Je ne peux pas vous dire qui la prend, mais je pense qu'on a effectivement le droit de mourir dans certaines circonstances.

Quant à savoir si ce genre de débat doit être centré sur les droits, c'est une autre question étant donné qu'un droit sous-entend une obligation correspondante. Si j'ai le droit de mourir dans certaines circonstances, quelqu'un d'autre a le droit ou l'obligation de veiller à ce que je puisse le faire librement.

Le droit d'être tué n'a jamais été précisé noir sur blanc aux États-Unis ou au Canada. C'est un détail important étant donné

[Text]

a right to be killed, there would need to be an obligation on someone else to take life.

There is really not necessarily even a right to die, because we are all going to die. You can argue that, philosophically, we do not really need a right to do it. It is going to happen whether we like it or not.

However, there certainly is a practice, or at least there seems to be emerging the ethos and the practice, that people can refuse treatment. That would not be universally so. In fact, our professions have the obligation to influence people positively. For example, if I were to choose to be allowed to die of a condition that was highly treatable, one would want one's doctor to use all the influence he or she possibly could to convince me to take the treatment to cure me, so that right isn't even unlimited.

It can be difficult to articulate, and perhaps the reason that it gives us an indication of the size of the taboo involved. There is a characterizational difference in ceasing treatment, not intervening and actively injecting someone with something that will take their life. We as a profession, and many of our philosophy and ethics colleagues as well, have trouble characterizing the difference, but we do feel that there is, by the nature of the act, a difference in issues of power and control.

Senator Grafstein: Let me go at two famous cases once again and see if there is a difference: Richard Nixon and Sue Rodriguez.

Richard Nixon says to his family, or in a living will, as reported in the paper, "The most important thing to me is my mind. If somehow my mind is not there and I am not able to function mentally, please do not treat me."

Sue Rodriguez says, "I can't function mentally or physically. Please help me. Please help me."

Now, characterize for me, in terms of justice, the difference between those two. As parliamentarians, our responsibility is to deal with notions of justice.

Ms Latimer: Yes. The notion of justice in the article we wrote is society wide, not an individual thing.

Senator Grafstein: No, no, no.

Ms Latimer: If I could just finish. What we meant to articulate by that was that the continued safety and protection of large numbers of frail people in Canada or any other country depends on the maintenance of the law the way it is. That would be justice.

I would also put to you that in Canada at this point, we do not have a clear characterization of how large this problem is or is not.

To change the law on the basis of perhaps the rights of autonomy of a few people who would want to be killed places others at such high risk that the ethical notion of justice says we keep the law the way it is and that we do not allow killing of each other.

From a legal side, I really could not comment.

[Traduction]

que si le droit d'être tué existait, il faudrait que quelqu'un soit dans l'obligation de tuer.

Le droit de mourir n'existe même pas nécessairement étant donné que nous allons tous mourir un jour. En principe, vous pourriez faire valoir que nous n'avons pas besoin du droit de mourir. Cela nous arrivera que nous le voulions ou non.

Toutefois, en pratique, il est certain que des gens peuvent refuser le traitement. Ce n'est pas universel. En fait, notre profession a l'obligation de chercher à influencer les patients de façon positive. Par exemple, si je devais choisir de mourir d'une maladie tout à fait soignable, le médecin devrait se servir de toute son influence pour me convaincre de suivre le traitement qui me guérira. Par conséquent, ce droit n'est même pas illimité.

C'est difficile à bien cerner et cela nous donne peut-être une idée de l'importance du tabou en cause. Il y a une différence très nette entre l'abandon du traitement, l'absence d'intervention et l'injection active d'une substance qui mettra fin à la vie d'une personne. Notre profession de même qu'un grand nombre de nos collègues philosophes et éthiciens ont du mal à caractériser la différence, mais nous croyons qu'il y en a une, étant donné la nature de l'acte, sur le plan du pouvoir et du contrôle.

Le sénateur Grafstein: J'aimerais de nouveau citer deux cas célèbres pour voir s'il existe une différence: Richard Nixon et Sue Rodriguez.

Richard Nixon a dit à sa famille ou dans un testament biologique, comme l'ont rapporté les journaux: «Le plus important pour moi c'est mon esprit. Si mon esprit n'est plus là et si je ne peux pas fonctionner mentalement, ne me maintenez pas en vie».

Sue Rodriguez a dit: «Je ne peux pas fonctionner mentalement ou physiquement. S'il vous plaît, aidez-moi».

Pouvez-vous me préciser, du point de vue de la justice, quelle est la différence entre ces deux cas. En tant que parlementaires, nous devons nous pencher sur les questions de justice.

M^{me} Latimer: Oui. Dans l'article que nous avons écrit, la notion de justice est une notion collective et non pas individuelle.

Le sénateur Grafstein: Non.

M^{me} Latimer: Si vous me permettez de terminer ma phrase. Nous voulons dire par là que, pour continuer à assurer la sécurité et la protection d'un grand nombre de personnes invalides au Canada comme dans n'importe quel autre pays, il faut maintenir la loi telle qu'elle est. Cela assurera la justice.

J'ajouterais que, pour le moment, nous ne savons pas exactement quelle est l'ampleur de ce problème au Canada.

Si l'on change la loi en se fondant sur le droit à l'autonomie de quelques personnes qui voudraient qu'on mette fin à leurs jours on expose d'autres gens à de tels risques que le principe de la justice nous oblige à maintenir la loi telle qu'elle est afin que nous ne puissions pas nous entre-tuer.

Du point de vue juridique, je ne peux pas vraiment vous dire ce qu'il en est.

[Texte]

Senator Grafstein: I have one final comment, Madam Chairman, because I still remain confused about this.

There is something you said that troubled me. You said that one of the things we do, "we" being "the system", based on the greatest good for the greatest number, is that when people are in pain, we sedate them.

Your words were that you ensure, in your palliative care, that they have a peaceful ending. What do you make, doctor, of Dylan Thomas' poem:

Do not go gentle into that goodnight:
Rage, rage against the dying of the light.

What happens if someone says, "I do not want to go peacefully"?

Ms Latimer: That is a very good —

Senator Grafstein: I am talking about the notion of an individual saying, "This is the way I want to go; I do not want to be sedated."

Ms Latimer: I am happy that you underlined that because I may have created some confusion in answering in the way I did before.

For problems of intractable pain, intractable delirium, and so forth, entities you have to see to appreciate, it would be unusual for someone not to want something done in those cases.

However, for the majority of patients, one of the precepts of palliative care is that people die as they have lived. We try to create a situation for them that matches who they are, their values, beliefs, and how they would want their last days and weeks to end.

There are some people who rail.

Senator Grafstein: Choice.

Ms Latimer: Choice with limitations.

Senator Grafstein: Choice.

Senator Keon: First of all, Dr. Latimer, I am truly sorry I did not hear your presentation. I was in the operating room and confronted with the choice of either leaving the patient, going back to close him at 6 o'clock, or coming to listen to you. So I chose the —

Senator Grafstein: You left him open? My God, he did it again; left him open.

Senator Keon: This subject has fascinated me for a very long time because I have frequently, in my professional life, encountered patients who have been through complicated life surgery and run into a string of complications — lying in an intensive care unit for eight weeks on a respirator, having had a tracheotomy; hooked up to feeding tubes, et cetera. When you see them, they say "Oh, just let me go; get me out of this." You do not let them go because you know that if you can get them through another month, they might get another 20 years of good life.

[Translation]

Le sénateur Grafstein: Une dernière observation, madame la présidente, car tout n'est pas encore très clair dans mon esprit.

Vous avez dit une chose qui m'a troublé. Vous avez dit que, dans ce système de soins, au nom de l'intérêt supérieur du plus grand nombre, vous donnez des sédatifs aux personnes qui souffrent.

Vous avez dit que, au moyen de vos soins palliatifs, vous veillez à ce que le mourant quitte la vie en douceur. Que faites-vous, docteur, de ce poème de Dylan Thomas:

*Do not go gentle into that goodnight:
Rage, rage against the dying of the light.*

Qu'arrive-t-il si quelqu'un vous dit: «Je ne veux pas partir paisiblement?»

M^{me} Latimer: C'est un excellent...

Le sénateur Grafstein: Je veux parler de la personne qui veut partir en restant consciente, sans être sous sédation.

M^{me} Latimer: Je suis contente que vous en parliez, car ma réponse de tout à l'heure n'était peut-être pas très claire.

En cas de douleur ou de délire impossible à calmer, de troubles qu'il faut voir pour comprendre, il arrive parfois qu'un malade ne veuille pas qu'on lui vienne en aide.

Toutefois, pour la majorité des patients, l'un des principes des soins palliatifs est que les gens meurent comme ils ont vécu. Nous essayons de les placer dans une situation qui corresponde à leur personnalité, leurs valeurs, leurs convictions et la façon dont ils veulent passer leurs derniers jours et leurs dernières semaines.

Certaines personnes refusent la mort.

Le sénateur Grafstein: C'est une question de choix.

M^{me} Latimer: Un choix limité.

Le sénateur Grafstein: Un choix.

Le sénateur Keon: Tout d'abord, docteur Latimer, je regrette vivement de ne pas avoir entendu votre exposé. J'étais en salle d'opération et je devais choisir entre abandonner mon patient et retourner le recoudre à 18 heures ou venir vous écouter. J'ai donc choisi...

Le sénateur Grafstein: Vous l'avez laissé ouvert? Mon Dieu, le voilà qui a recommencé.

Le sénateur Keon: Ce sujet me fascine depuis très longtemps car, au cours de ma vie professionnelle, j'ai souvent rencontré des patients qui avaient subi de graves interventions chirurgicales avec toutes sortes de complications, qui étaient restés pendant huit semaines aux soins intensifs, branchés sur un respirateur, avec une trachéotomie, des tubes de perfusion, et cetera. Quand vous les voyez, ils vous disent: «Laissez-moi partir; sortez-moi de tout cela». Vous ne les laissez pas partir car vous savez que si vous pouvez leur faire tenir le coup un mois de plus, ils pourront peut-être vivre encore vingt belles années.

[Text]

My point is that you make that decision in the short term. You explain it away by saying that they are temporarily mentally deranged, and they will come about when their health is restored. However, when you extrapolate down to the patient who is slowly dying of a terminal illness, they start saying the same thing.

What troubles me is that there has been no research or publication — virtually none — on the psychopharmacology and psychophysiology of terminal states and dying. It is conceivable that with some chemical alteration, the patient would change his or her mind.

Can you comment on this.

Ms Latimer: A valid point again.

Dr. Holland in New York, a psychiatrist at the oncology centre, wrote two or three years ago and continues to illustrate for us that we probably under-recognize clinical depression in people who are dying, probably because of a fixed, false belief that they would be sad anyway. That gets in the way of our assessments.

There is more knowledge now coming forward that depression — not of a classic sense, but of a different sense — is under-diagnosed in seriously ill, dying people. Our use of antidepressants in our centre is increasing. It always has been fairly high, but we use more now since Dr. Holland's articles have come out. It is an important entity not to lose sight of, in the sense of what leads people to think they want to end their life.

The other good point you made is this: How does one encourage the patient who can survive, to survive, despite the fact that they are being intensively treated? If we listen to their desires and wishes at that time and if their rights and autonomy ruled at that time, we would stop the ventilator and take everything off and someone who could survive might be allowed to die.

You have underlined a clinical subtlety. When to encourage someone to continue with therapy and treatment and when to encourage them in their desire to cease is quite subtle. Depression or a sense of hopelessness can play a part in some choices.

Quality of life, if we can diagnose that, then we can treat it in a better way.

I do not know whether I have answered your question.

Senator Keon: I have tried to write and I have spoken on this subject a few times in an attempt to learn something about it. I realize I am not an authority, but I am attempting to educate myself about this issue. In doing the searches in the literature, there is no hard data on the psychopharmacology or psychophysiology of the terminal state of the dying. That troubles me because we have spent an enormous amount of time and invested tremendous resources into all of the other phases of living, particularly at the front end in the newborn, yet we have done nothing at this end. We are attempting to be philosophical about

[Traduction]

Je veux faire valoir que c'est là une décision qui est prise à court terme. Vous l'expliquez au patient en lui disant qu'il n'est pas dans son état d'esprit normal et qu'il le retrouvera quand sa santé sera rétablie. Toutefois, quand vous appliquez ce même raisonnement aux patients qui meurent lentement d'une maladie mortelle, ils commencent à réagir de la même façon.

Ce qui m'ennuie c'est qu'il n'y a pas eu de recherche ou de publication — pratiquement aucune — sur la psychopharmacologie et la psychophysologie du stade terminal et de la mort. Il se pourrait qu'une certaine altération chimique incite le patient à changer d'avis.

Qu'en pensez-vous?

M^{me} Latimer: Là encore, c'est un bon argument.

Le D^r Holland, de New York, un psychiatre du centre d'oncologie, a écrit sur le sujet, il y a deux ou trois ans et il continue à démontrer que nous avons probablement tendance à ne pas reconnaître suffisamment la dépression clinique chez le mourant, sans doute à cause de la fausse conviction que cette personne doit être nécessairement triste. Cela empêche de faire une évaluation objective.

On commence à mieux se rendre compte que la dépression — non pas au sens classique, mais dans un sens différent — n'est pas suffisamment diagnostiquée chez les personnes gravement malades ou mourantes. Dans notre centre, nous utilisons davantage les antidépresseurs. Leur utilisation a toujours été assez forte, mais nous l'avons intensifiée depuis la publication des articles du D^r Holland. C'est un aspect important à ne pas perdre de vue en ce sens que cette dépression conduit les gens à vouloir mettre fin à leur vie.

Une autre chose intéressante que vous avez dite est celle-ci: Comment inciter le patient qui peut survivre à vouloir rester en vie même s'il fait l'objet de soins intensifs? Si nous répondions à tous ses soins et à tous ses désirs au nom de son droit à l'autonomie, nous arrêterions le respirateur et nous débrancherions tous les appareils afin qu'une personne susceptible de survivre puisse mourir tranquille.

Vous avez souligné une subtilité clinique. Il est assez difficile de savoir quand inciter quelqu'un à poursuivre son traitement et quand l'inciter à l'interrompre. La dépression ou le désespoir peuvent intervenir dans certains choix.

Si nous pouvons diagnostiquer la qualité de la vie, nous pouvons mieux l'assurer.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

Le sénateur Keon: J'ai essayé d'écrire sur ce sujet et j'en ai parlé à quelques reprises dans le but d'en apprendre quelque chose. Je ne suis pas expert en la matière, mais je cherche à m'informer sur cette question. En cherchant dans les publications, je n'ai pas trouvé de données précises sur la psychopharmacologie ou la psychophysologie de la phase terminale de la mort. Je trouve curieux, vu que nous avons consacré énormément de temps et d'argent à toutes les autres phases de la vie, surtout à la naissance, que nous n'ayons rien fait à l'autre extrême. Nous cherchons à philosopher sur cette question et à l'examiner du

[Texte]

this issue and legal about it, yet we have no scientific knowledge base.

Ms Latimer: That may reflect where our society has placed its resources to date. That goes back to what I was saying before.

Senator DeWare: In the first part of your presentation, you asked, "Why now?"

I believe this issue is being brought to the attention of the public now because of technological advances. This is one of the reasons we are able to extend life much longer in certain circumstances than ever before.

Other problems are coming to the forefront and are being addressed. Some are being addressed through the issue of euthanasia; therefore, we must deal with euthanasia now. I am speaking of Alzheimer's, AIDS, and children born with Down's syndrome. These situations are plagued with people asking for assisted suicide.

How do we handle this problem? How do we afford it? We know that in the next 20 years our senior citizen's are aging to the point where a third of the population will be in that group. There will be a gap in the middle of our population consisting of people who are unemployable due to a lack of qualifications and capabilities. The bottom half of the age spectrum will be supporting all Canadians. They will have their priorities with young families and education, and this particular part of health care will not be one of their priorities.

Are you familiar with the extramural hospital program?

Ms Latimer: Yes.

Senator DeWare: We started that program in New Brunswick. Senator Brenda Robertson was Health Minister at the time.

Would beefed up extramural hospital programs across the country be part of the answer to helping with palliative care?

Ms Latimer: I will answer the second question first. Yes, extramural hospital or enhanced home care programs across Canada would help. Extramural hospital has added dimensions to those of home care. Anything that would increase resources in the community would be tremendously helpful for a component of patients. There will always be people who have no home, who need either hospital or in-patient hospice care, but certainly those enhanced sorts of resources could help tremendously.

Senator DeWare: Would they be less expensive?

Ms Latimer: Although I do not have the figures on this, I fear I must say that palliative care of intensely sick, dying patients at home may not be any less expensive than hospital care, depending on where the hospital is located.

[Translation]

point de vue juridique, mais nous ne possédons aucune connaissance scientifique.

M^{me} Latimer: Cela reflète sans doute les priorités auxquelles notre société s'est consacrée jusqu'ici. Cela me ramène à ce que j'ai dit tout à l'heure.

Le sénateur DeWare: Dans la première partie de votre exposé, vous avez demandé: «Pourquoi maintenant?»

Je crois que si l'on porte maintenant cette question à l'attention du public, c'est à cause des progrès technologiques. C'est une des raisons pour lesquelles nous pouvons prolonger la vie beaucoup plus longtemps qu'avant, dans certaines circonstances.

D'autres problèmes surgissent et on cherche à les résoudre. Dans certains cas, on le fait au moyen de l'euthanasie et voilà pourquoi nous devons aborder cette question maintenant. Je veux parler de la maladie d'Alzheimer, du SIDA, et des enfants nés avec le syndrome de Down. Dans ce genre de circonstances, des tas de gens demandent le suicide assisté.

Comment faire face à ce problème? Comment en aurons-nous les moyens? Nous savons que, d'ici 20 ans, le tiers de la population fera partie du groupe des personnes âgées. Au milieu de la pyramide il y aura un trou constitué des personnes incapables de trouver un emploi à cause d'un manque de qualifications et de compétences. Le bas de la pyramide devra survenir aux besoins de tous les Canadiens. Les jeunes familles auront pour priorités leurs enfants et l'éducation et cet élément des soins de santé n'en fera pas partie.

Connaissez-vous le programme d'hôpitaux extra-muros?

M^{me} Latimer: Oui.

Le sénateur DeWare: Nous avons lancé ce programme au Nouveau-Brunswick. Le sénateur Brenda Robertson était ministre de la Santé à l'époque.

Seriez-vous pour une extension des programmes d'hôpitaux extra-muros dans tout le pays pour résoudre en partie le problème des soins palliatifs?

M^{me} Latimer: Je commencerai par répondre à la deuxième question. Oui, les hôpitaux extra-muros ou les programmes de soins à domicile améliorés faciliteraient les choses. L'hôpital extra-mural a des dimensions supplémentaires par rapport aux soins à domicile. Tout ce qui peut accroître les ressources à la disposition de la communauté serait extrêmement utile à certains patients. Il y aura toujours des gens sans domicile qui auront besoin de soins en hôpital ou en foyer de soins, mais une amélioration de ce type de ressources pourrait être extrêmement utile.

Le sénateur DeWare: Serait-ce moins coûteux?

M^{me} Latimer: Je n'ai pas de chiffre à ce sujet, mais je dois dire, malheureusement, que les soins palliatifs aux grands malades, aux mourants ne sont pas nécessairement moins coûteux à domicile qu'en milieu hospitalier, selon l'endroit où se trouve l'hôpital.

[Text]

That bridges over to the answer to your first question. I would put to us, because I would be part of it: What sort of society do we want to create? We have always had Down's babies. We have always had people with Alzheimer's. I am somewhat alarmed at the urgency now in our society to want to perfect. We have to be suspect of that.

From the sixties and seventies, perhaps even since the war, came the belief in ameliorization, the belief that things could constantly improve. The question we need to ask ourselves as a society is where we want to put our money, because many of the high-tech procedures — not that we would want to do without them entirely — are not paying off in the benefit that had been promised. I think we need to challenge people for good data about that.

I sincerely hope there is room for everyone. I do not know what sort of society we would fashion if we developed a euthanasia policy for people with Alzheimer's, Down's, and AIDS. I would love to have some kind of a mirror which we could show to people to show them that they have value. The L'Arche homes are a wonderful example of caring communities which address those issues. We have to have a world view for Canada in this way.

Senator DeWare: Thank you, Dr. Latimer.

Senator Lavoie-Roux: Senator Grafstein drew my attention to the second part of page 10. We often hear about palliative care, the cessation of treatment and not starting treatment that would just prolong things. However, Dr. Kass reported that a study of the government of the Netherlands has shown that almost one-third, or 1,000 out of 3,000 deaths, were cases of active involuntary euthanasia. Yet your conclusion, if it is a conclusion, is to believe that the practice of euthanasia cannot be contained within guidelines of protocol.

Is that what you believe? Often when we get to the point that you cannot relieve the pain, it is said that if it is done within a certain guideline and another doctor agrees, it would be correct. Is that your feeling?

Ms Latimer: No. The guidelines in Holland, which would probably be similar to guidelines here, talk about entities of unrelievable suffering. Their guidelines do not even say that the person has to be dying. They talk about unrelievable suffering, persistent desire to die, informed request and all modalities of alleviation being exhausted.

The difficulty with that is that all of those are in the eyes of the physician who is managing the problem at that time. We see lots of patients whose own doctors felt they had done everything that could be done, and yet, in our view, hardly anything had been done as yet.

With regard to the second opinion in Holland, we have to be very careful when we talk about what happens in Holland with regard to what would happen here in Canada, because it can be very difficult to actually learn what happens there. The second opinion is not what we would classically call a second opinion in

[Traduction]

Cela amène ma réponse à votre première question. Comme je voudrais y répondre avec vous, je la reformulerai: Quel genre de société voulons-nous créer? Nous aurons toujours des bébés avec le syndrome de Down. Nous aurons toujours des gens atteints de la maladie d'Alzheimer. Je m'inquiète devant le souci de perfection de la société. Il faut s'en méfier.

Depuis les années 60 et 70, peut-être même depuis la guerre, on a cru à l'amélioration, à la possibilité d'améliorer constamment les choses. Notre société doit se demander à quoi elle veut consacrer son argent étant donné qu'un grand nombre de techniques très perfectionnées, dont nous ne voudrions pas nécessairement nous passer entièrement, n'apportent pas les avantages escomptés. Je crois qu'il faudrait réunir des données valides à ce sujet.

J'espère sincèrement qu'il y aura de la place pour tous. Je me demande quel genre de société nous aurions si nous adoptions une politique d'euthanasie pour la maladie d'Alzheimer, le syndrome de Down et le SIDA. J'adorerais avoir un miroir dans lequel les gens pourraient voir qu'ils ont de la valeur. Les foyers de l'Arche sont un merveilleux exemple de communautés compatissantes qui prennent ces situations en mains. Le Canada devrait adopter la même vision mondiale.

Le sénateur DeWare: Merci, docteur Latimer.

Le sénateur Lavoie-Roux: Le sénateur Grafstein a attiré mon attention sur la deuxième partie de la page 10. Nous entendons souvent parler des soins palliatifs, de la cessation des traitements ou de la décision de ne pas entreprendre de traitements qui ne feraient que retarder l'inévitable. Cependant, selon le Dr Kass, une étude du gouvernement néerlandais a démontré que près du tiers soit 1 000 décès sur 3 000 étaient des cas d'euthanasie active. Cependant, votre conclusion, si c'en est une, est que la pratique de l'euthanasie ne peut pas être régie par les lignes directrices d'un protocole.

Est-ce que vous croyez? Souvent, quand il n'est plus possible de soulager la douleur, on dit que si c'est fait selon certaines lignes directrices et avec l'accord d'un autre médecin, c'est acceptable. Partagez-vous cet avis?

Mme Latimer: Non. En Hollande, les lignes directrices qui seraient sans doute les mêmes qu'ici, parlent de souffrances qu'il est impossible de soulager. Elles ne précisent même pas que la personne doit être mourante. Elles parlent de souffrances impossibles à soulager, d'un désir persistant de mourir, d'une demande formulée en toute connaissance de cause et du fait que toutes les autres possibilités ont été exclues.

Le problème est que tous ces critères sont appliqués par le médecin qui s'occupe du malade. Nous voyons un tas de patients dont le propre médecin estime avoir fait tout en son pouvoir alors qu'à notre avis pratiquement rien n'a été fait.

Pour ce qui est du deuxième avis exigé en Hollande, il faut se méfier pour établir un parallèle avec ce qui se passerait chez nous étant donné qu'il est très difficile de savoir vraiment ce qui se passe là-bas. Le deuxième avis n'en est pas vraiment un dans beaucoup de cas. Le médecin se contente de consulter son

[Texte]

a lot of cases. It is asking one's colleague down the corridor, reviewing the case briefly, maybe, as opposed to having someone come and see the patient and actually go over things.

We have talked to doctors who have practised euthanasia there in the sense of active killing. There are interesting anecdotal reports that they do not feel particularly good about it. It is hard for them to articulate why. There are one or two advocates of euthanasia in Holland, whom you may have heard about, but I think that is a different group of people. The average doctor who has tried it will tell us on a one-to-one interview that they did not feel good. When asked if they would do it again, they said that they probably would not.

This tells me that if we are about to tamper with a fairly long-held taboo, there must be something within us telling us that it isn't such a hot idea. It is hard for us to articulate it. I hope we will be able to get to the nub of it. I have been trying since 1988. It is very difficult. There is just a gut feeling that there is a difference between ceasing treatment and allowing all that to happen, and actively injecting a person.

Senator Beaudoin: I was quite interested by the question of Senator Grafstein. You say that that is not very precise, but in my opinion it cannot be otherwise, because it is a very difficult problem. The Supreme Court of Canada divided five to four on assisted suicide. A judge of the Supreme Court, who was among the majority, spoke of respect for life, and made many other arguments. At the same time, in the minority, Chief Justice Lamer said that if a person may commit suicide, why should a person who is not able to commit suicide, by virtue of equality before the law, not be able to ask another person to help her to do it. That is the argument of the Chief Justice. He was dissident.

Senator Grafstein: He was in the minority.

Senator Beaudoin: Yes, he was in the minority, and legally speaking the decision is that the section of the Criminal Code is valid.

However, the argument I wish to put forward here is that it is absolutely impossible to arrive at a definition upon which everyone will agree. For example, we heard a witness two weeks ago who said there is no difference between assisted suicide and euthanasia because in both cases a person is asking another person to kill him or her. That was the first time I had heard that argument, which I take into account.

However, in my opinion there are two separate definitions for a person who commits suicide without infringing a law and a person who, because of certain circumstances, cannot commit suicide and asks another person to help.

Senator Grafstein: You and I are just like the Supreme Court.

Senator Beaudoin: We cannot be more Catholic than the Pope.

Senator Grafstein: Sometimes we can.

[Translation]

collègue dans le couloir, de lui parler brièvement du cas au lieu de lui demander de venir voir le patient et de revoir le dossier.

Nous avons parlé à des médecins qui ont pratiqué l'euthanasie là-bas en tuant activement le patient. Ce sont des rapports anecdotiques intéressants en ce sens que ces médecins ressentent un certain malaise. Il leur est difficile d'expliquer pourquoi. Il y a un ou deux partisans de l'euthanasie en Hollande, dont vous avez peut-être entendu parler, mais je crois qu'il s'agit d'un groupe de gens différents. Le médecin moyen qui en a fait l'expérience avouera, à un collègue qui l'interrogera à ce sujet, que cela l'a mis mal à l'aise. Quand on lui demande s'il est prêt à recommencer, il dit qu'il ne recommencerait probablement pas.

Cela me porte à croire que si nous voulons aller à l'encontre d'un tabou établi de longue date, il y a une petite voix, à l'intérieur de nous, qui s'oppose à ce geste. Il est difficile d'expliquer ce que l'on ressent. J'espère que nous pourrions nous attaquer au noeud du problème. J'essaie depuis 1988. C'est très difficile. J'ai seulement la conviction personnelle qu'il existe une différence importante entre la cessation du traitement qui laisse le patient mourir naturellement et l'injection active d'une substance causant la mort.

Le sénateur Beaudoin: La question du sénateur Grafstein m'a beaucoup intéressé. Vous dites qu'elle n'est pas très précise, mais il ne pourrait en être autrement vu que c'est là un problème très complexe. La Cour suprême du Canada s'est prononcée par cinq voix contre quatre contre le suicide assisté. Un juge de la Cour suprême, qui faisait partie de la majorité, a parlé du respect de la vie et a invoqué de nombreux autres arguments. En même temps, le juge en chef Lamer, qui faisait partie de la minorité a dit que si une personne peut se suicider, pourquoi si elle n'est pas en mesure de le faire elle-même elle ne pourrait pas demander à quelqu'un d'autre de l'aider au nom de l'égalité devant la loi. Tel est l'argument du juge en chef. Il était dissident.

Le sénateur Grafstein: Il faisait partie de la minorité.

Le sénateur Beaudoin: Oui, il faisait partie de la minorité, et du point de vue juridique, cette section du Code criminel reste valide.

Cependant, je veux faire valoir qu'il est absolument impossible d'arriver à une définition susceptible de satisfaire tout le monde. Par exemple, il y a deux semaines, un témoin nous a dit qu'il n'y avait aucune différence entre le suicide assisté et l'euthanasie, vu que dans les deux cas, une personne demande à une autre de la tuer. C'était la première fois que j'entendais cet argument, dont je tiens compte.

Néanmoins, à mon avis, il y a là deux définitions différentes car d'une part une personne se suicide sans enfreindre la loi et, d'autre part, une personne qui ne peut pas se suicider pour certaines raisons demande à quelqu'un d'autre de l'aider.

Le sénateur Grafstein: Nous sommes comme la Cour suprême, vous et moi.

Le sénateur Beaudoin: Nous ne pouvons pas être plus catholique que le pape.

Le sénateur Grafstein: C'est parfois possible.

[Text]

Senator Beaudoin: But in law, the Supreme Court is the court of last resort. That is only to say that it is probably impossible to find a definition that is so clear that everyone will agree with it. We are in an area that is really difficult.

Senator Grafstein: I understood that the Hippocratic oath is no longer given to doctors entering the practice of medicine because it is not appropriate. Is that correct?

Ms Latimer: It is not correct. I have not checked with our medical school lately, but certainly when I graduated, which was not a long time ago, we took the oath of Maimonides and the Hippocratic Oath.

Some of your dilemmas may be in relation to what I see this as, a classic moral tragedy: No matter which side of this coin we choose as a society, we will regret that we could not choose the other. If we say that people do not have the right to have their lives ended, we will have some regret about that because it is emotionally compelling. On the other hand, my current view would be that if we choose the other way, we will regret it more.

The Chairman: You have left us with a dilemma. We thank you for that. We expected you to resolve all our questions. I do thank you very much on behalf of the committee.

We will now hear from Ms Julie Foley who is a social worker. She has worked with the Canadian Association of Social Workers, but is appearing here today in her personal capacity. I understand the association may want to make a presentation later on.

Ms Julie Foley, Canadian Association of Social Workers: My comments are from the perspective of an individual social worker, although I am president of the Canadian association.

I have worked in health care, both palliative and otherwise. I have been involved with the AIDS community. I currently work in long-term care. Therefore, I have a number of professional experiences with populations that may be related to this issue.

The Canadian Association of Social Workers has struck a committee to try to develop a position that will be forwarded in brief form to this committee.

In many ways, regardless of what decisions are made, social workers are on the forefront of helping families and individuals cope with whatever pain and struggle the relevant issues raise for them.

The deliberations of this committee are very timely. Increasingly many of us have become aware of what is happening in the AIDS community, and with the issues surrounding Sue Rodriguez.

During the last federal election I had occasion to be involved in the community talking to a number of different people. I often remarked upon what I thought was a surprising openness about this issue; while there are many people who have very passionate

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Mais en droit, la Cour suprême est le tribunal de dernier recours. Autrement dit, il est sans doute impossible de trouver une définition suffisamment claire pour qu'elle fasse l'unanimité. C'est une question très complexe.

Le sénateur Grafstein: J'ai cru comprendre que les nouveaux médecins ne prêtaient plus le serment d'Hippocrate parce qu'il ne convient plus dans le contexte actuel. Est-ce exact?

M^{me} Latimer: Non. J'ai vérifié auprès de notre faculté de médecine, récemment, mais en tout cas, quand j'ai eu mon diplôme, il n'y a pas si longtemps, nous avons prêté le serment des Maimonides et le serment d'Hippocrate.

Le dilemme se situe en partie dans le cas de ce que je considère comme une tragédie morale classique: quel que soit le côté de la médaille que choisira notre société, nous regretterons de ne pas avoir choisi l'autre côté. Si nous disons que les gens n'ont pas le droit d'obtenir qu'on mette un terme à leur vie, nous en aurons du regret pour des raisons émotives. D'un autre côté, si nous choisissons l'autre solution, je crois que nous le regretterons encore plus.

La présidente: Vous nous laissez devant un dilemme. Nous vous en remercions. Nous nous attendions à ce que vous régliez toutes nos questions. Je vous remercie beaucoup au nom du comité.

Nous allons maintenant entendre M^{me} Julie Foley, qui est travailleuse sociale. Elle a travaillé pour l'Association canadienne des travailleurs sociaux, mais elle comparaît aujourd'hui à titre personnel. Je crois que l'association désire témoigner plus tard.

M^{me} Julie Foley, Association canadienne des travailleurs sociaux: Je parlerai du point de vue d'une travailleuse sociale même si je suis la présidente de l'Association canadienne des travailleurs sociaux.

J'ai travaillé dans le domaine des soins de santé, palliatifs et autres. Je me suis occupée des soins aux malades atteints du SIDA. Je travaille actuellement dans le domaine des soins de longue durée. Par conséquent, je possède un certain nombre d'expérience professionnelle auprès de clientèles en rapport avec cette question.

L'Association canadienne des travailleurs sociaux a formé un comité pour établir une prise de position qu'elle fera parvenir au comité sous la forme d'un mémoire.

À bien des égards, quelles que soient les décisions prises, les travailleurs sociaux sont en première ligne pour aider les familles et les personnes à faire face à la souffrance et aux divers problèmes que cela pose pour elles.

Les délibérations de votre comité ne sauraient pas mieux tomber. De plus en plus de gens se rendent compte de ce qui se passe chez les malades du SIDA et des questions entourant l'affaire Sue Rodriguez.

Au cours des dernières élections fédérales, j'ai eu l'occasion de parler à toutes sortes de gens. J'ai souvent constaté une ouverture d'esprit surprenante à ce sujet; beaucoup de gens ont des idées très arrêtées, d'un côté comme de l'autre, mais il y en a aussi bien

[Texte]

views on either side of the fence, there are also many people who are prepared and interested in pondering the related issues and realize there is a complex array of issues to be considered.

The work of this committee could be very important because it could influence how the public discussion of the related issues is played out. I see this as the first public and non-aligned opportunity to review the related issues. The most important accomplishment of this committee could be that it sets the stage for how the process will unfold from here.

The process has to involve, at a profound level, more than the traditional interests and interest groups that usually speak to this type of issue. It has to involve more than the political, religious and professional groups, whether lawyers, physicians or social workers. It must involve the people whose lives are touched by these issues and not in a simple perfunctory manner.

We have become accustomed in our society to give what is sometimes lip service to hearing from what we may call the primary stakeholders or people on the front line. Their voices are not always heard as respectfully, or given as much credence as those from the professionals. This committee has the opportunity to find a way whereby those who are most personally involved have their rightful place in the debate and in a way in which some of the power imbalances are evened out.

I suspect that all of us around the table are very aware that, if one comes to this type of setting properly attired, comfortable in speaking to this type of forum, presents in an articulate manner or leaves a written brief that looks professional, a stronger impression may be left than perhaps that left by other briefs, comments or input from other groups. It is important that this committee pay attention to that.

I am not suggesting that the voices of the people who are at the front line or who are most touched by this are the only voices that matter, but I think they are the most important ones. These include people who are living with AIDS, ALS, or with other degenerating conditions. They also include the family members and caregivers, who, in their own way, live with the decisions that have to be made, and who live more intimately with the ongoing and lasting aftermath of whatever decisions are made.

I would like to comment on the interface between what one may believe as an individual professional or what one may project as a professional perspective. When I look at the values of social work, I could probably make a case either way for maintaining the status quo or liberalizing the permission for people to have a wider range of choice. Some days I think that, in the end, there are really only a variety of personal opinions.

Apart from paying attention to the process, the next step in addressing this complex matter is to articulate the principles involved and to be clear about the choices that any of us may make in choosing any of these principles. Some of them are in harmony with each other, but others are in opposition, or at the very least demand that we rank them in relative priority to each other.

[Translation]

d'autres qui sont prêts à examiner le pour et le contre et à se rendre compte de toutes les questions que cela soulève.

Les travaux de votre comité peuvent se révéler très importants parce qu'ils risquent d'influencer les débats publics sur ces questions. À mon avis, c'est la première occasion que nous avons d'en discuter publiquement. La principale réalisation de ce comité pourrait être de déterminer l'évolution future du processus.

Ce processus nécessite une participation plus élargie que celle des groupes d'intérêts traditionnels qui parlent de ce genre de questions. Les consultations ne doivent pas se limiter aux groupes politiques, religieux et professionnels, qu'il s'agisse des avocats, des médecins ou des travailleurs sociaux. Il faut y faire participer les gens dont la vie est touchée par ces questions et pas d'une façon purement superficielle.

Dans notre société, nous avons pris l'habitude d'écouter distraitement les principaux intervenants ou les gens qui travaillent en première ligne. On ne les écoute pas toujours avec autant de respect ou de confiance que les professionnels. Votre comité a la possibilité de trouver un moyen dont les personnes directement touchées pourront participer à ce débat de façon à compenser certains déséquilibres.

Sans doute chacun sait, autour de cette table que, si quelqu'un se présente devant vous bien habillé, la parole facile, avec un mémoire bien rédigé témoignant d'un grand professionnalisme, cela produira une plus forte impression que les mémoires, commentaires ou avis d'autres groupes moins habitués à ce genre de choses. C'est un facteur que vous ne devez pas perdre de vue.

Je ne veux pas dire que les opinions des personnes qui travaillent en première ligne ou qui sont les plus touchées par tout cela sont les seules qui comptent, mais je pense que ce sont les plus importantes. Il s'agit notamment des gens qui vivent avec le SIDA, la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies dégénératives. Cela comprend les membres de leurs familles, et les personnes qui les soignent et qui doivent s'accommoder des décisions prises et qui vivent plus intimement avec les conséquences permanentes et durables des décisions prises.

Je voudrais parler des rapports entre les convictions qu'on peut avoir en tant que professionnels de la santé et la perspective professionnelle que l'on peut projeter. En me basant sur les valeurs que véhicule le travail social, je pourrais sans doute me prononcer aussi bien pour le maintien du statu quo que pour une libéralisation qui permettrait aux gens d'avoir un plus vaste éventail de choix. Certains jours je me dis qu'en fin de compte il n'existe qu'une variété d'opinions personnelles.

À part l'attention qu'il faut prêter à ce processus, il s'agit ensuite d'énoncer les principes en cause et de préciser les choix que chacun de nous peut faire en fonction de ces principes. Certains d'entre eux sont en harmonie, mais d'autres sont en opposition ou ils exigent au moins que nous les classions dans un ordre de priorité relatif les uns par rapport aux autres.

[Text]

We talk sometimes about "death with dignity." That is a very subjective concept. I wonder if it loses meaning depending on how much dignity has been available to people during their lifetimes. In the health care system we could do more in our society to convey and confer dignity on more people. When looking at how we treat in our media, particularly the entertainment media, concepts of death and violence, talking about death with dignity in this arena may ring a little false in terms of how it is treated in society generally.

Some of the fundamental values of the social work profession relate to this debate. Self determination is a primary focus for social workers, and that usually involves informed consent and providing the wherewithal for people to have as much control in their lives as possible. When we are talking about competent people who are able to manage entirely, it is a simple concept that most of us would not have any challenges with. Certainly, when dealing with this issue with people who are not competent, it becomes more complicated.

A second value is the best interests of the consumer, client, patient, or whatever terminology may be used. Usually the best interests are defined by the person, but these can be compromised by the interests of the collective. In our society we have always tried to maintain a sensitive and careful balance between the rights of the individual and the rights of the collective.

With respect to human dignity, it is essential that we value human beings for what they are themselves and not in the context of some subjective or external assessment of quality of life or productivity.

With respect to the protection of the most vulnerable, I certainly have a concern as someone who worked in palliative care 10 years ago when we were struggling to have the concept to be more accepted. If we do liberalize our laws, will that have some impact or implication on how much energy and resources, financial and otherwise, we put into palliative care?

Last, is my point that a social worker shall advocate for change for the overall benefit of society. I struggle about defining and articulating the overall benefit in view of this debate. One possible benefit would be to ensure that whatever supports are available, regardless of choices that are made, be available to everyone in our community.

Perhaps the benefit of this debate is in generating the discussion itself because it might provide some understanding of the various concepts involved and promote some of the pondering that I have seen people willing to do, even if we do not necessarily achieve consensus.

All these values have some meaning in themselves, but until they are applied to real life situations they do not take on a life of their own. In that way, it is essential that this community discussion which, hopefully, will begin to happen outside these doors, does not become focused on black and white, absolutist arguments which can exist in a vacuum apart from the context of lived experience.

[Traduction]

On parle parfois de la «mort dans la dignité». C'est un concept très subjectif. Je me demande dans quelle mesure cela ne dépend pas de la dignité dans laquelle ces personnes ont vécu. Les services de santé pourraient davantage contribuer à conférer de la dignité à un plus grand nombre de gens. Vu la façon dont nos médias, et surtout les médias du spectacle traitent de la mort et de la violence, si l'on parle de la mort dans la dignité, cela risque de sonner un peu faux étant donné la façon dont le sujet est abordé dans la société en général.

Certaines des valeurs fondamentales du travail social se rapportent à ce débat. L'autodétermination revêt une importance primordiale pour les travailleurs sociaux et il s'agit généralement d'amener les gens à donner leur consentement en toute connaissance de cause et à prendre leur vie en main dans la mesure du possible. Quand il s'agit de personnes compétentes qui peuvent s'occuper entièrement d'elles-mêmes, c'est un concept simple que la plupart des gens ne contesteront pas. Mais quand cette question se pose pour des gens qui ne sont pas compétents, les choses se compliquent.

Une deuxième valeur importante est l'intérêt supérieur du consommateur, du client, du patient ou quel que soit le mot utilisé. Généralement, cet intérêt supérieur est défini par l'intéressé, mais il peut être compromis par les intérêts collectifs. Dans notre société, nous avons toujours essayé de maintenir un juste équilibre entre les droits de l'individu et les droits de la collectivité.

En ce qui concerne la dignité humaine, il est essentiel de valoriser les êtres humains pour ce qu'ils sont et non pas dans le contexte d'une évaluation subjective ou externe de la qualité de la vie ou de la productivité.

Pour ce qui est de la protection des personnes les plus vulnérables, cette question me préoccupe certainement, car j'ai travaillé dans le domaine des soins palliatifs il y a dix ans lorsque nous tentions de mieux faire accepter ce concept. Si nous libérons nos lois, cela aura-t-il des répercussions sur la somme d'énergie et de ressources financières et autres que nous consacrerons aux soins palliatifs?

Enfin, un travailleur social doit promouvoir les changements qui sont dans l'intérêt global de la société. Je m'efforce de définir les avantages généraux que l'on peut espérer en l'occurrence. L'un d'eux serait de faire en sorte que quels que soient les choix faits, tous les membres de la société devraient pouvoir s'en prévaloir.

Ce débat a peut-être surtout l'avantage de susciter une discussion parce qu'elle permet de mieux comprendre les divers concepts en cause et de promouvoir la réflexion à laquelle certaines personnes semblent prêtes à se livrer, même si nous ne parviendrons pas nécessairement à un consensus.

Toutes ces valeurs ont une signification propre, mais tant qu'elles ne s'appliquent pas à des situations réelles, elles n'ont pas de vie propre. À cet égard, il est indispensable que ces discussions qui, je l'espère, auront lieu à l'extérieur de ces portes, ne se polarisent pas et qu'elles tiennent compte de l'expérience vécue.

[Texte]

That takes me back to my point about the key stakeholders and hearing from them. I know there is a rich and varied experience from key and primary stakeholders, all of whom do not feel or think the same way.

In the end, most of us cannot be sure about what we would choose to do if we had to face some of these difficult decisions personally. I think many of us will have to face them, either ourselves or in the context of our most loved ones.

The witness who appeared before me chose a good way to end her remarks. I, too, do not think we will come to some easy decisions about this matter. I think whichever way a decision is made, there will be regrets that somehow or other it could not be perfect. You are left with quite a dilemma, Madam Chairman.

Senator Lavoie-Roux: You started by saying that the involvement of the social work profession in this issue is because of the fact that you have worked closely and have often become involved with families who have to confront this type of problem. Could you elaborate a little more on the type of problem you have met; in terms of families made the decision to end a treatment, or that you felt were interfering with the patient's own will, which can happen, too? What are the various types of situations that create problems with families in this particular issue?

Ms Foley: The first is helping families understand what the physician has said to them, because however careful and considerate the physician might have been, when families are receiving new or difficult information it takes some time to synthesize it. Often if there is a decision to be made, for example, related to discontinuing interventionist treatments, such as removal of a vent or something like that, families struggle a great deal, particularly families that have never talked about it before the situation arose. The family members struggle to guess what might have been the will of the ill person.

There is often conflict within families. There may have been some conversations with some members of the family and not with others. There are some members who are very clear, particularly children who are either very close or who have ambivalent relationships with their parents. They struggle enormously because guilt and longterm unresolved problems in the family surface. It is hard enough to make these decisions if there are good family working relationships. There is so much that is laid on top of the current decision to be made.

Those are the kinds of situations in which we usually get involved. I have been asked to go in and convince a family that they should give up because their doctor has said that their mother would never be able to walk out of the hospital. I moved in to try to assess what was happening. The family was clear that they were not willing to give up. Then I mediated with the nursing staff.

There was one particular situation in which the woman did not walk out of the hospital, but she certainly left it. It is always projected in terms of probabilities rather than certainties. What

[Translation]

Cela me ramène à ce que je disais quant à la nécessité de consulter les principaux intervenants. Je sais qu'ils possèdent une riche expérience et qu'ils ne partagent pas tous les mêmes idées.

En fin de compte, la plupart d'entre nous ne savons pas quel serait notre choix si nous avions cette décision difficile à prendre personnellement. Je crois qu'il faudrait y faire face soit nous-mêmes, soit avec les êtres qui nous sont chers.

La personne qui m'a précédée a choisi un bon moyen de conclure ses observations. Je ne pense pas, moi non plus, que les décisions à cet égard seront faciles à prendre. Quelle que soit la décision prise, nous aurons des regrets et rien ne sera jamais parfait. Vous vous retrouvez effectivement avec un dilemme, madame la présidente.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez commencé par dire que cette question intéressait les travailleurs sociaux du fait que vous travaillez souvent auprès des familles confrontées à ce genre de problèmes. Pourriez-vous nous parler un peu plus du genre de problèmes que vous avez constatés, par exemple, quand les familles ont décidé de mettre un terme au traitement, ou lorsqu'on est allé à l'encontre de la volonté du patient, ce qui peut arriver aussi? Quels genres de situations causent des problèmes aux familles dans de telles circonstances?

M^{me} Foley: Il s'agit d'abord d'aider les familles à comprendre ce que le médecin leur a dit, car même si le médecin s'est montré très attentif, quand les familles obtiennent des renseignements nouveaux ou pénibles, il leur faut un certain temps pour les absorber. Souvent, s'il y a une décision à prendre, par exemple s'il s'agit d'interrompre le traitement, d'enlever le patient du respirateur ou d'une autre machine, les familles connaissent un profond désarroi, surtout celles qui n'en ont jamais parlé au préalable. Les membres de la famille s'efforcent de deviner ce que le malade aurait souhaité.

Il y a souvent des conflits au sein des familles. Le malade a pu avoir certaines conversations avec des membres de sa famille et non pas avec d'autres. Certains membres de la famille savent exactement ce qu'il y a lieu de faire, surtout les enfants qui ont été très proches de leurs parents ou qui entretiennent des relations ambivalentes avec eux. Ils sont en proie à un profond désarroi à cause d'un sentiment de culpabilité et de problèmes familiaux non réglés. Il est déjà difficile de prendre ce genre de décisions lorsque les relations familiales sont bonnes. Toutes sortes de nouveaux problèmes viennent s'ajouter à la décision à prendre.

Tel est le genre de situations dans lequel nous intervenons généralement. On m'a déjà demandé d'aller convaincre une famille qu'elle devait renoncer au traitement parce que le médecin estimait que la mère ne pourrait jamais sortir de l'hôpital. Je suis allée voir la famille pour évaluer la situation. La famille était décidée à ne pas abandonner. J'ai ensuite intercédé auprès du personnel infirmier.

Dans un cas où une femme ne voulait pas sortir de l'hôpital, elle en est finalement sortie. C'était davantage une question de probabilité que de certitude. En fonction des probabilités, nous

[Text]

we are dealing with is the probabilities and trying to help the family make some decisions that make sense for them.

Senator Beaudoin: It seems to me that one of the basic problems is this: The first hypothesis is that the decision is taken directly by the person. The second hypothesis is that the decision is made by third parties. To me, this represents two different worlds.

According to the law now, a person may commit suicide and whether he is successful or not, he is not prosecuted. It is not in the Criminal Code any more. Assisted suicide is another thing. It is still there, rightly or wrongly, which is another thing.

However, when a decision is taken by third parties, witnesses have said we have to take into account that sometimes they think that the interest of the person is in such a way, but they may have another reason to make a decision. I agree with them. This is difficult in practice because those who have lost their minds, if I may use that expression in English, cannot decide for themselves. Thus, a third party will decide for them.

A person may decide before and set out in a living will what is to happen just in case that person becomes a vegetable. I would like to know what you think about it because a decision by a third party may easily be suspect.

Ms Foley: I agree with you. There is a substantial difference. There is a difference in consequence between taking a decision which you are able to take for and about yourself, versus having someone else take that decision for you. Regardless of what instructions were left or what kind of discussions you might have had with the person who is now the subject of this discussion, with incompetence there is a difference. To some extent, they are on a continuum. You can draw a line between the two.

One of my social work principles is self-determination, in the sense of being competent and in the here and now because what I might have determined for myself two years ago, I could easily change my mind about today.

Senator Beaudoin: A witness who appeared before us the other day said that if the decision is taken by a third party, let us say a doctor who is an expert in medicine, then if that person ends the life of another person it may be euthanasia. But if a person who is not a doctor is doing the same thing out of compassion, because of atrocious pain, then, this witness said, that might be acceptable.

Do you make a distinction between the person who may end the life of another person out of compassion and a professional who is doing the same thing?

Ms Foley: All I can say is that as a professional I would not want to be making those decisions for someone else, regardless of what my motives might be.

Senator Beaudoin: It is one thing to arrive at a conclusion here, and we will do our best, I am sure, to come to a conclusion and to try to find some code of ethics. However, there is always the question of abuse to be considered. Perhaps it is the reflex of a jurist, but the law, which is never perfect, is supposed to be

[Traduction]

essayons d'aider la famille à prendre les décisions qui lui paraissent logiques.

Le sénateur Beaudoin: Selon moi, l'un des problèmes fondamentaux est le suivant: la première hypothèse que la décision est prise directement par l'intéressé. La deuxième hypothèse est qu'elle est prise par des tiers. Selon moi, ce sont là deux situations entièrement différentes.

Selon la loi actuelle, une personne peut se suicider et même si elle rate sa tentative, elle n'est pas poursuivie en justice. Ce n'est plus dans le Code criminel. Pour le suicide assisté c'est différent. Il est toujours dans le Code, à tort ou à raison.

Cependant, lorsque la décision est prise par des tiers, des témoins nous ont dit qu'ils pensaient peut-être que l'intérêt de la personne exigeait ceci ou cela, mais qu'ils pouvaient prendre leur décision pour une autre raison. Je suis d'accord avec eux. Cela pose un problème pratique parce que ceux qui ont perdu l'esprit, si je puis utiliser cette expression, ne peuvent pas décider eux-mêmes. C'est donc un tiers qui doit prendre la décision pour eux.

Une personne peut décider à l'avance en indiquant dans son testament ce qu'il y a lieu de faire au cas où elle tomberait dans un état végétatif. Je voudrais savoir ce que vous en pensez car la décision d'un tiers peut facilement être suspecte.

M^{me} Foley: Je suis d'accord avec vous. Il y a là une différence importante. Les conséquences ne sont pas les mêmes quand vous prenez la décision vous-même et quand cette décision est prise par quelqu'un d'autre. Quelles que soient les instructions que vous donniez ou les conversations que vous avez pu avoir avec la personne qui fait l'objet de cette discussion, quand l'intéressé est incompetent, cela change tout. Ce sont deux catégories de cas différentes.

L'un de mes principes en travail social est l'autodétermination en ce sens que, si je suis saine d'esprit, c'est mon opinion actuelle qui compte car mes intentions d'il y a deux ans ne sont pas nécessairement les mêmes aujourd'hui.

Le sénateur Beaudoin: Un témoin qui a comparu devant nous l'autre jour a dit que si la décision est prise par un tiers, disons un médecin, si cette personne met fin à la vie d'une autre personne, c'est de l'euthanasie. Mais si une personne qui n'est pas médecin en fait autant par compassion, pour soulager quelqu'un d'une douleur atroce, cela pourrait être acceptable, selon ce témoin.

Faites-vous une distinction entre la personne qui peut mettre fin à la vie d'une autre par compassion et un professionnel qui fait la même chose?

M^{me} Foley: Je dirais seulement qu'en tant que professionnelle, je ne voudrais pas prendre cette décision pour autrui, quels que soient mes motifs.

Le sénateur Beaudoin: Sans doute pouvons-nous arriver à une conclusion ici, et je suis certain que nous ferons de notre mieux pour établir un certain code de déontologie. Toutefois, il ne faut jamais perdre de vue la question des abus. C'est peut-être un réflexe de juriste, mais la loi, qui n'est jamais parfaite, est pourtant

[Texte]

perfect. When we put in writing a general principle of ethics or conduct, we have to take into account the abuses that may be committed. This is probably one field where abuses may occur, even if the intention at first is good, clear and compassionate. Is that your view on this as a social worker?

Ms Foley: There is considerable risk of abuse. There is risk in much of what we do, whether in health care or elsewhere. As legislators, one has to weigh what the relative risks are and which of those we are prepared to assume.

I would be concerned about abuse because there is so much that is subjective. Whether we talk about equality of life or death with dignity, all of those things are clearly in the eyes of the beholder. We get into dangerous territory if there is room for that subjective assessment of someone else.

Senator Grafstein: You have worked in palliative care. Have you come across circumstances where a person was in palliative care, but chose to give up life?

Ms Foley: Yes.

Senator Grafstein: On more than one occasion?

Ms Foley: Yes.

Senator Grafstein: When you were confronted with that issue — and I want you to wear two hats for me. First, wear your professional hat as a social worker, bearing in mind your training and professional ethics. It is difficult to separate your own personal ethics from your professional ethics, but keeping in mind the principles that you were taught to apply in given circumstances, what did you consider your mandate at that moment, or your duty or obligation?

Ms Foley: My obligation was to provide support to the patient and family, ensuring clarity from discussions that occurred. It is easy in those situations to have family members attribute some motive or intention that is not intended. Usually my duty was to provide some moral support for the decision taken by the patient in the context of talking about it and understanding how it was decided.

Senator Grafstein: Were you obliged in your own mind, from a professional standpoint, to come to a conclusion that the person who was making that request was rational? Did you feel it was part of your duty to determine that that person was competent to come to that conclusion, having in mind the person's physical degeneration?

Ms Foley: The situations where I dealt with this issue were places where the individual was competent and where medication had an impact of dulling pain, but not such that a person was delirious or hallucinating. For me there was not an issue of competence during those situations I addressed.

Senator Grafstein: Once you have provided all the moral, physical and psychological support that you can and you have come to the conclusion in the discussion processes that the person was in control of their senses, rational, and not abnormally depressed, do you consider that to be the end of your

[Translation]

censée l'être. Lorsque nous inscrivons noir sur blanc un principe général de morale ou de conduite, nous devons tenir compte de la possibilité d'abus. C'est sans doute un domaine où des abus peuvent se produire, même si la loi repose sur de bonnes intentions, si elle est claire et dictée par la compassion. Qu'en pensez-vous en tant que travailleuse sociale?

M^{me} Foley: Les risques d'abus sont énormes. Il y a des risques dans tout ce que nous faisons, que ce soit dans le domaine de la santé ou ailleurs. Les législateurs doivent soupeser les risques relatifs et voir quels sont ceux qu'ils sont prêts à assumer.

J'ai peur des abus car cela ouvre la porte à beaucoup de subjectivité. Quand on parle de l'égalité de la vie ou de la mort dans la dignité, ce sont là des notions très relatives. Si quelqu'un d'autre peut se livrer à cette évaluation subjective, nous nous orientons sur un terrain très glissant.

Le sénateur Grafstein: Vous avez travaillé dans le domaine des soins palliatifs. Avez-vous vu des patients qui recevaient des soins palliatifs, mais qui ont choisi de renoncer à la vie?

M^{me} Foley: Oui.

Le sénateur Grafstein: À plusieurs occasions?

M^{me} Foley: Oui.

Le sénateur Grafstein: Devant ce genre de situation — et je voudrais que vous me parliez à deux titres. Premièrement, en tant que travailleuse sociale en tenant compte de votre formation et de votre déontologie professionnelle. Il est difficile de séparer votre morale personnelle de votre morale professionnelle, mais compte tenu des principes que l'on vous a appris à appliquer dans certaines circonstances, quel était alors votre devoir ou votre obligation, dans ces conditions?

M^{me} Foley: Mon obligation était d'apporter mon soutien au patient et à sa famille en veillant à ce que tout soit bien clair. Dans ce genre de situation, les membres de la famille peuvent facilement attribuer certains motifs ou certaines intentions. Généralement, mon rôle consistait à apporter mon soutien moral pour la décision prise par le patient en en discutant et en faisant comprendre à la famille comment le patient en était arrivé à cette décision.

Le sénateur Grafstein: Selon vous, d'un point de vue professionnel, étiez-vous forcée de conclure que la personne qui faisait cette demande était rationnelle? Vous estimiez-vous obligée de déterminer que la personne était saine d'esprit compte tenu de sa détérioration physique?

M^{me} Foley: Dans les cas où la question s'est posée, le patient était sain d'esprit et les médicaments avaient atténué la douleur, mais pas au point de causer du délire ou des hallucinations. Dans les cas auxquels j'ai dû faire face, la compétence du patient n'était pas mise en doute.

Le sénateur Grafstein: Une fois que vous avez apporté tout l'appui moral, physique et psychologique possible et qu'en discutant avec le patient vous constatez qu'il est sain d'esprit, rationnel et non dépressif, estimez-vous que vos responsabilités s'arrêtent là? Autrement dit, la personne a maintenant fait un

[Text]

duty? In other words, the person has now made a choice. Are you functus at that moment, based on your view of your role as a social worker?

Ms Foley: My continuing role would usually be with the family then.

Senator Grafstein: We are talking about the patient for a moment. Just focus on the patient.

Ms Foley: All right. In terms of the patient, it sometimes would be just physical contact with the patient in a compassionate, present sort of way to provide whatever support the person needs. Sometimes they wish to have family around them and I would make sure that there was a schedule and supports to do that. If it was an informed decision by the patient, usually it has not meant any deliberate withdrawing of equipment. It usually truly means a person deciding.

Senator Grafstein: To stop the treatment?

Ms Foley: Yes, to stop any active treatment apart from pain control.

Senator Grafstein: You brought up a debate earlier between that situation and the other more active situation where a person says, "I need some help here." In a way, that is help. They are saying to their caregivers, "Do not do anything more," as opposed to someone else saying, "I need a bit more help." Do you differentiate in your mind between those two cases as others have here?

Ms Foley: Let me make sure that I am clear about the question. Do you mean differentiating between people who chose to cease treatment and people who are asking for actual assistance to terminate life?

Senator Grafstein: Yes.

Ms Foley: It feels very different to me.

Senator Grafstein: Tell me why from your perspective as a social worker, because you have asked us to canvass people who are stakeholders, and others. I am now talking to you as sort of stakeholder in this process.

Ms Foley: Except I have not had to face it personally.

Senator Grafstein: No, I mean a stakeholder in your professional capacity.

Ms Foley: Why does it feel different? I have a hard time articulating that. In the second situation it is a very deliberate action, which the first might be depending on the situation.

Senator Grafstein: In other words, it is a request to stop the help?

Ms Foley: Yes. Sometimes the first is simply a matter of, "Do not do any more testing. Do not do any more interventionist stuff. Just keep me comfortable." That somehow feels different from actually discontinuing and pulling away a machine that keeps you alive or doing a more activist intervention. It is a continuum of how active the intervention is. It may be that each of us draws it in a different place. Maybe it is purely a personal

[Traduction]

choix. Comment voyez-vous votre rôle de travailleuse sociale à partir de ce moment-là?

M^{me} Foley: Généralement, mon rôle consiste à rester avec la famille.

Le sénateur Grafstein: Parlons seulement du patient pour le moment.

M^{me} Foley: Très bien. Pour ce qui est du patient, il s'agit parfois d'avoir un simple contact physique avec lui, par esprit de compassion, pour lui apporter le soutien dont il a besoin. Le patient souhaite parfois avoir sa famille autour de lui et je veille alors à ce qu'on prévoie du temps et de l'aide pour cela. Si le patient a pris sa décision en toute connaissance de cause, généralement il ne s'agit pas de retirer délibérément l'équipement. La personne décide vraiment elle-même de ce qu'elle veut.

Le sénateur Grafstein: D'arrêter le traitement?

M^{me} Foley: Oui, d'arrêter tout traitement actif à part celui qui soulage la douleur.

Le sénateur Grafstein: Tout à l'heure, vous avez comparé cette situation avec une situation plus active où la personne demande de l'aide. Il s'agit d'aide d'une certaine façon. Nous disons à ceux qui la soignent de ne rien faire de plus alors que la personne malade demande un peu plus d'aide. Faites-vous une différence, dans votre esprit, entre ces deux genres de circonstances, comme d'autres en ont fait une?

M^{me} Foley: Je veux m'assurer d'avoir bien compris la question. Parlez-vous de la différence entre ceux qui choisissent de cesser le traitement et ceux qui demandent de l'aide pour mettre fin à leur vie?

Le sénateur Grafstein: Oui.

M^{me} Foley: Ce n'est pas du tout la même chose à mes yeux.

Le sénateur Grafstein: Dites-moi pourquoi en tant que travailleuse sociale, car vous avez demandé de consulter les intervenants et les autres intéressés. Je m'adresse à vous en tant qu'intervenante.

M^{me} Foley: Sauf que je n'ai pas eu à faire face personnellement à ce genre de situation.

Le sénateur Grafstein: Non, je veux dire à titre professionnel.

M^{me} Foley: Pourquoi cela me semble-t-il différent? J'aurais de la difficulté à l'expliquer. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un acte parfaitement délibéré tandis que dans le premier, cela dépend de la situation.

Le sénateur Grafstein: Autrement dit, le patient demande que l'aide cesse?

M^{me} Foley: Oui. Parfois, dans le premier cas, il s'agit simplement de refuser de nouveaux tests ou de nouvelles interventions. Le patient veut seulement qu'on assure son confort. Cela ne revient pas tout à fait au même que de débrancher la machine qui vous maintient en vie ou de faire une intervention plus active. Tout dépend de la mesure dans laquelle l'intervention est active. Chacun de nous peut tracer la limite à un endroit

[Texte]

drawing of the line. It may come down to a personal moral judgment.

Senator Grafstein: Are you saying that if you were asked to advise in those circumstances, you would have less trouble with the withdrawal as opposed to the active step?

Ms Foley: Yes, because it feels like it is a continuum.

Senator Grafstein: There is no way that you can help us on that issue?

Ms Foley: No. I am sorry.

Senator Keon: In your work as a social worker have you had the experience of handling a family with a person who is chronically ill and who is balancing between whether or not he wants to be around but it is costing the family? In other words, this is not covered by our health insurance, and the particular institution where this person is has a cost associated with it. There are such institutions. Have you been in that position?

Ms Foley: I have in relation to the AIDS community.

Senator Keon: Do you think that the families of these people have ever been influenced by that milieu in their thinking?

Ms Foley: I am sure they have. I know they have. I often see it — and most professional social workers would say the same thing. Part of our work in that context is to solicit and try to find additional sources of financial support, which sometimes come from the voluntary sector. Sometimes the amount of assistance that can be sought outside the health care system depends on how long and how expensive it is. It does have an effect. Sometimes there is an effect financially, but it is very wearing as well emotionally as families struggle to figure out how they will manage to provide this support or that support that will cost them money.

Senator Keon: But in your professional experience, have you discerned situations where the financial aspect influenced the thinking of the guardians of the patient, where they were wishing them along a little bit?

Ms Foley: Yes.

Senator Lavoie-Roux: Senator Keon, I have a complementary question.

We know that patients come from different socio-economic backgrounds. How much does this interfere in the decision-making process, in relation to ending the patient's life? How much does it influence the decision between dying and not dying, not only for the patient but particularly for his family? If this raises an important factor in the sense of "discrimination", then perhaps we should reflect on it, too.

Ms Foley: I think it ought to be part of your deliberations. I neglected to mention that when I was making my opening comments. I think we can say in some sort of altruistic fashion that issues of how much it costs ought not to be part of the deliberation about what we do collectively, as a community.

[Translation]

différent. Cela peut être très personnel. C'est une question de jugement moral personnel.

Le sénateur Grafstein: Dites-vous que, si l'on vous demandait conseil en pareilles circonstances, le retrait du traitement vous poserait moins de problèmes qu'une intervention active?

M^{me} Foley: Oui, car c'est davantage un processus continu.

Le sénateur Grafstein: Vous ne pouvez absolument pas nous aider sur ce point?

M^{me} Foley: Non, je regrette.

Le sénateur Keon: En tant que travailleuse sociale, avez-vous dû vous occuper d'une famille dont l'un des membres était un malade chronique qui était partagé entre le désir de survivre et le sentiment d'être une charge pour sa famille? Autrement dit, ce n'est pas couvert par l'assurance-maladie et l'établissement dans lequel cette personne est soignée est payant. Ce genre d'établissements existent. Vous êtes-vous trouvée dans cette situation?

M^{me} Foley: Oui, dans le cadre de mes contacts avec les personnes atteintes du SIDA.

Le sénateur Keon: Pensez-vous que les familles de ces personnes aient jamais été influencées par ces considérations?

M^{me} Foley: Elles l'ont certainement été. Je sais qu'elles l'ont été. Je le constate souvent et la plupart des travailleurs sociaux vous diront la même chose. Dans ce contexte, une partie de notre travail consiste à trouver des sources supplémentaires de soutien financier qui proviennent parfois du secteur du bénévolat. Parfois, l'aide qui peut être obtenue à l'extérieur des services de santé dépend de la longueur et du coût des traitements. Cela a un impact. Il s'agit parfois d'un impact financier, mais c'est très dur aussi pour les familles qui doivent se demander comment elles apporteront ce soutien qui va leur coûter cher.

Le sénateur Keon: D'après votre expérience professionnelle, avez-vous vu des cas où l'aspect financier influençait le choix de la famille qui souhaitait garder le malade en vie un peu plus longtemps?

M^{me} Foley: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Sénateur Keon, j'ai une question complémentaire.

Nous savons que les patients viennent de milieux socio-économiques différents. Dans quelle mesure cela intervient-il dans la décision de mettre un terme à la vie du patient? Quelle influence cela a-t-il sur la décision de mourir ou de ne pas mourir, non seulement pour le patient, mais surtout pour sa famille? Si cela soulève un grave problème de «discrimination», peut-être faudrait-il y réfléchir également.

M^{me} Foley: Je pense que cela devrait faire partie de vos réflexions. J'ai oublié de le mentionner dans mon exposé. Par altruisme, nous pouvons dire que la question du coût ne devrait pas intervenir dans les discussions quant aux mesures à prendre collectivement, en tant que société.

[Text]

We can say we cannot attach a dollar value to human life. But I think that perspective is already in peril because our health care system now does some rationing in the sense that demand outstrips availability. The rationing is done in the context of so-called medical assessments of risk. Which person or which group of persons constitutes a better risk for this procedure? But we know that those risks are determined by age and physical health conditions, which are clearly impacted by poverty and socio-economic status.

These factors sometimes operate subtly, so it can be easy to say that it does not matter, we have a universal health care system and everybody can access it. Certainly, if you are bleeding and you go to emergency at a hospital, it does not matter whether you are living on social assistance or have a six-figure income.

However, we know that a person's basic physical condition is impacted by poverty. People who are better off are better off physically, in terms of health as well. It is a part of the subtlety that is there. Whether it is predetermining how many risks you may face as you get older or perhaps become ill, or whether it is a factor in terms of what type of supplementary supports can you afford to buy in order to get you through a medical illness, I think it is certainly a factor.

Senator Lavoie-Roux: But in the last decision of terminating life or adding more support to prolong life, would it play a role one way or the other?

Ms Foley: I think it could. I think both patients and their family members get very worn down by the worry of financing the additional pieces that are not covered by the health care system. I have certainly seen patients who are very concerned about the impact of their illness on their family members. Whether that impact is emotional or whether it is financial, I have heard some patients say out loud, "My family just cannot go on managing this." Therefore I think it is a factor.

The Chairman: Ms Foley, thank you very much. I expect we shall see you again when your association returns, and we look forward to hearing what you have to say in your official capacity at that time.

Ms Foley: Thank you.

The Chairman: Welcome, Mr. Bureau.

Mr. Yvon Bureau has been a social worker for some 20 years, and has worked during most of his career at the Centre François Charron, a rehabilitation facility for physically handicapped adults. He has his Master's degree in social work and academic credentials in theology and journalism.

In 1984, he was with his father as he faced the end of life in hospital. In 1986, he wrote *Responsable jusqu'à la fin* which was created to promote living wills, something we will be hearing about quite a lot during the course of our hearings. Mr. Bureau has been the president of this organization since 1988. In 1989, the organization became a member of the World Federation of Societies on the Right to Die.

[Traduction]

Nous ne pouvons pas chiffrer la valeur de la vie humaine. Mais ce concept est déjà menacé du fait que nos services de santé procèdent à un certain rationnement parce que la demande est trop forte. Ce rationnement se fait dans le contexte de l'évaluation médicale du risque. Quelles personnes ou quel groupe de personnes constituent un meilleur risque à cet égard? Nous savons toutefois que les risques sont déterminés par l'âge et la santé physique, laquelle subit les effets de la pauvreté et de la situation socio-économique.

Ces facteurs ont parfois une influence subtile et il est donc facile de dire qu'ils ne comptent pas, que nous avons des services de santé universels et que tout le monde y a accès. Il est certain que si vous saignez et que vous vous présentez à l'urgence d'un hôpital, peu importe que vous soyez assisté social ou que vous gagniez plus de 100 000 \$.

Néanmoins, nous savons que la pauvreté nuit à l'état de santé physique d'une personne. Les riches sont en meilleure santé physique. Cela fait partie des facteurs qui interviennent. C'est certainement un facteur qui déterminera les risques auxquels vous serez exposés en vieillissant ou si vous tombez malade ou encore le genre de services de soutien supplémentaire que vous pourrez vous offrir pour vous sortir d'une maladie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais pour ce qui est de décider de mettre fin à la vie ou de faire plus d'efforts pour la prolonger, ce facteur intervient-il dans un sens ou dans l'autre?

M^{me} Foley: C'est possible. Les patients et les membres de leur famille se laissent abattre par le souci d'avoir à financer les services supplémentaires qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie. J'ai vu des patients très inquiets des répercussions de leur maladie sur les membres de leur famille. Que ces répercussions soient émotives ou financières, j'ai entendu des patients dire: «Ma famille ne peut pas continuer ainsi». C'est donc un facteur.

La présidente: Merci beaucoup, madame Foley. J'espère que nous vous reverrons quand votre association reviendra nous voir et nous avons hâte d'entendre ce que vous aurez alors à nous dire à titre officiel.

M^{me} Foley: Merci.

La présidente: Monsieur Bureau, vous êtes le bienvenu.

M. Yvon Bureau a été travailleur social pendant une vingtaine d'années et il a travaillé, pendant presque toute sa carrière, au Centre François Charron, un établissement de réhabilitation pour les adultes handicapés physiques. Il possède une maîtrise en travail social et il est diplômé en théologie et en journalisme.

En 1984, il était au chevet de son père lorsque ce dernier est mort à l'hôpital. En 1986, il a créé «Responsable jusqu'à la fin», pour promouvoir les testaments biologiques dont nous entendrons beaucoup parler au cours de nos audiences. M. Bureau est le président de cet organisme depuis 1988. En 1989, cet organisation s'est affiliée à la Fédération mondiale des sociétés sur le droit de mourir.

[Texte]

Mr. Bureau, we are happy to have you with us.

Monsieur Yvon Bureau, travailleur social, «Responsable jusqu'à la fin»: Madame la présidente, dignes membres de ce comité, c'est avec solidarité et compassion pour celles et ceux qui ont à quitter cette vie que je me joins à vous en ce 4 mai 1994.

Je me présente bien humblement devant vous avec mon expérience et mon expertise de plus de huit années de promotion de l'expression et du respect des volontés de fin de vie. Je ne vous adresse la parole qu'en mon nom personnel et non en celui de président de la fondation *Responsable jusqu'à la fin*.

Je le fais ainsi puisque cette fondation ne fait la promotion des droits, des libertés et des responsabilités de la personne sur fin de vie que dans le cadre actuel de la loi et de la morale. Ainsi, il n'est question à cette fondation que des droits et des libertés à accepter, à refuser et à faire cesser des traitements de fin de vie, en partie ou en totalité; s'ajoute aussi le droit et la liberté de demander une agonie sans douleur, par un soulagement efficace de celle-ci, même si cela devait hâter le moment de la mort.

Soulignons enfin que *Responsable jusqu'à la fin* est une des trente-deux sociétés de la Fédération mondiale des sociétés sur le droit de mourir. La majorité d'entre elles travaillent fort pour la reconnaissance du droit à l'aide au mourir volontaire pour les personnes mourantes; et tout cela en complément au travail pour la reconnaissance légale du «*Living Will*» (testament biologique) et du mandat en cas d'incapacité. Ayant participé à trois de leurs congrès, ayant fait la rencontre de personnes pratiquant l'euthanasie et l'assistance au suicide volontaire chez les mourants, oeuvrant en étroite collaboration avec ces différentes sociétés, j'ai le privilège d'être bien informé sur l'aide au mourir volontaire pour les personnes sur fin de vie.

Depuis votre invitation à venir vous rencontrer, j'ai beaucoup réfléchi et j'ai consulté des sages sur la capacité de notre société à décriminaliser l'aide au mourir volontaire chez les personnes en fin de vie et en processus d'agonie. Une telle réflexion et une telle consultation ne pouvaient avoir lieu sans avoir en tête les nombreux enjeux sociétaux.

Je vous présente succinctement l'état actuel de mes recommandations et de mes réflexions.

Premièrement, que l'aide au mourir volontaire chez les personnes en fin de vie et/ou en agonie, par l'euthanasie et le suicide assisté, soit encore maintenu dans le Code criminel du Canada pour une période de quatre années. Je précise ici que je préfère les mots auto-euthanasie ou auto-délivrance — choisir entre deux sortes de mourir — au mot suicide qui est plutôt choisir entre vivre et mourir.

Deuxièmement, que cette aide au mourir volontaire lors de la fin de la vie soit exclue de l'article 241 du Code criminel du Canada portant sur l'aide au suicide. Lorsqu'il y a aide au mourir volontaire, il ne peut être question de meurtre et d'homicide puisqu'il y a absence de victime. Continuer à parler de meurtre, d'assassinat, d'homicide et d'extermination et... dans de telles circonstances, ne ferait qu'exprimer une grande

[Translation]

Monsieur Bureau, c'est avec plaisir que nous vous accueillons parmi nous.

Mr. Yvon Bureau, social worker, "Responsable jusqu'à la fin": Madam Chairman, worthy members of this committee, it is with solidarity and compassion for those who have left this life that I join you on this 4th day of May 1994.

I come humbly before you with my experience and expertise of more than 18 years promoting the expression of and compliance with end-of-life wishes. I am speaking to you solely on my own behalf, not as president of the *Responsable jusqu'à la fin* foundation.

I am doing so because that foundation does not promote the rights, freedoms and responsibilities of persons who have come to the end of their lives except in the current context of the law and of morality. The foundation is thus concerned solely with the right and freedom to accept, refuse or cease terminal treatment in whole or in part. In addition, there is the right and freedom to request a painless end and effective relief from suffering, even if that should advance the time of death.

Lastly, I should point out that *Responsable jusqu'à la fin* is one of the 32 societies of the World Federation of Societies on the Right to Die. Most are working hard toward recognition of the right to assistance in voluntary dying for dying persons, in addition to working for legal recognition of living wills and of power of attorney in case of incapacity. Having attended their conferences, having met people practising euthanasia and assisted suicide for the dying, and working in close cooperation with these various societies, I have had the privilege of being well informed about assistance in voluntary dying for persons who have come to the end of their lives.

Since receiving your invitation to come and meet you, I have thought a great deal and consulted some wise people on our society's ability to decriminalize assistance in voluntary dying for persons who are at the end of their lives and are suffering. This thinking and consultation could not have taken place without bearing in mind the many societal issues involved.

I would like briefly to present the current state of my recommendations and thoughts.

First, that assistance in voluntary dying for persons at the end of their lives or suffering, through euthanasia or assisted suicide, be maintained in the Criminal Code of Canada for a period of four years. I would state here that I prefer the words "self-euthanasia" or "self-deliverance" — choosing between two types of death — to the word suicide, which is more choosing between life and death.

Second, that this idea of voluntary dying at the end of life be excluded from section 241 of the Criminal Code of Canada concerning assistance in suicide. Where there is assistance in voluntary dying, it cannot be considered as murder or homicide since there is no victim. Continuing to talk about murder, assassination, homicide and extermination and... in these circumstances, would merely be expressing a vast poverty of language

[Text]

pauvreté de langage porteuse d'émotions négatives hors de proportion et hors de la réalité. Ajoutons cependant que doit être poursuivie et condamnée la personne qui conseille et qui aide une autre personne non en fin de vie à se suicider; se doit aussi d'être poursuivie et condamnée toute personne qui pratique une euthanasie non volontaire.

Troisièmement, qu'un amendement soit donc apporté au Code criminel du Canada; qu'il y soit explicitement question de l'aide au mourir volontaire chez les personnes en processus de fin de vie et d'agonie, par euthanasie ou par assistance au suicide, et que des peines soient prévues pour les personnes reconnues coupables de telles pratiques.

Quatrièmement, que la Chambre des communes passe une loi, dès 1995, prévoyant la non-poursuite devant les tribunaux et la noncondamnation des médecins qui auront pratiqué l'euthanasie ou l'assistance au suicide volontaire sur une personne en processus de fin de vie et qui auront respecté le cadre strict et précis pour une telle pratique.

Cinquièmement, que le ministère de la Santé et du Bien-Être du Canada, en collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé, établissent au plus tôt le cadre de pratique de l'aide au mourir volontaire, soit par euthanasie soit par l'assistance au suicide. Le modèle hollandais me semble fort inspirant, sauf dans le cas des personnes inaptes à consentir ou à refuser les soins de fin de vie, surtout si elles n'ont pas rédigé des volontés de fin de vie.

Sixièmement, que chaque ministère provincial de la Santé se dote, dès 1995, d'une politique sur l'accompagnement de toutes les personnes en processus de fin de vie. En plus, que chaque établissement de santé et des services sociaux fasse de même durant cette même année.

Septièmement, que la responsabilité d'informer de façon suffisante sur les avantages, les inconvénients, les risques et les alternatives aux nombreux traitements possibles, soit donnée non à une seule profession, mais à tout l'établissement de santé via ses équipes de professionnels. Les abus, tant par l'acharnement thérapeutique que par l'euthanasie non volontaires d'un mourant, risquent d'être beaucoup moins nombreux si le travail d'information et de décision repose sur la responsabilité et la solidarité de toute une équipe multidisciplinaire. Selon moi, le travail multidisciplinaire me semble la plus grande sécurité contre les abus sur les mourants comme sur tous les malades.

Huitièmement, que chaque ministère provincial de la Santé invite très fortement tous ses établissements à faire connaître à leurs usagers leurs droits et leurs responsabilités d'accepter, de refuser et de faire cesser les traitements ainsi que ceux de pouvoir agoniser sans douleurs. Qu'une sage et audacieuse campagne de publicité ait lieu à cette fin au plus tôt.

Neuvièmement, que chaque usager d'un établissement de santé soit informé sur les moyens pour exprimer ses volontés de fin de vie et pour mandater des personnes afin de les faire respecter.

[Traduction]

conveying unrealistic negative emotions out of all proportion. I should add, however, that any person who counsels or assists another person who is not at the end of his life to commit suicide should be prosecuted and convicted; any person who practises non-voluntary euthanasia should also be prosecuted and convicted.

Third, that an amendment be made to the Criminal Code of Canada explicitly addressing the question of assistance in voluntary dying for persons at the end of their lives and suffering, through euthanasia or assisted suicide, and that penalties be provided for persons found guilty of such practices.

Fourth, that the House of Commons pass a statute in 1995 providing that physicians who practise euthanasia or assistance in voluntary suicide on a person who is at the end of his life and who have complied with the strict and specific framework for such practices not be prosecuted and convicted by the courts.

Fifth, that the Department of Health and Welfare Canada, in cooperation with the provincial departments of health, establish as soon as possible, a framework for the practice of assistance in voluntary dying through either euthanasia or assisted suicide. The Dutch model appears very inspiring, except in the case of persons incapable of consenting to or refusing terminal care, particularly if they have not drafted living wills.

Sixth, that every provincial department of health adopt a policy on special care and attention for all dying persons in 1995. In addition, that every health and social services institution do the same during that same year.

Seventh, that responsibility for providing adequate information on the advantages, disadvantages, risks and alternatives to the numerous possible treatments be assigned not to one profession, but to the entire health institution through its teams of professionals. There will be far fewer abuses in the form of aggressive therapy or non-voluntary euthanasia practised on dying persons if the information and decision-making work depends on the responsibility and solidarity of an entire multidisciplinary team. In my view, multidisciplinary work provides the greatest protection against abuses of the dying and other patients.

Eighth, that every provincial department of health very strongly encourage all its institutions to inform their users of their rights and responsibilities to accept, refuse and cease treatment as well as to be able to die without pain. That a wise and bold advertising campaign be conducted for this purpose as soon as possible.

Ninth, that users of a health care institution be informed about the ways in which they may express their last wishes and to appoint persons to ensure they are honoured.

[Texte]

Dixièmement, dans les établissements de santé, qu'il y ait, dans chaque dossier d'usager, une section spéciale pour les volontés de fin de vie (testament biologique, mandat en cas d'incapacité, notes au dossier...)

Onzièmement, que le ministère de la Santé et du Bien-Être du Canada investisse quelques milliards de dollars afin de permettre le mourir à domicile à toutes les personnes qui le veulent. Cet investissement rapportera énormément sur tous les plans.

Douzièmement, que chaque ministère provincial de la Santé mette sur pied une ligne 1-800-..., 24 heures sur 24, pour répondre aux questions des mourants ainsi que de leurs proches et de leurs soignants sur leurs droits, leurs devoirs, leurs responsabilités et leurs libertés. Comme au Québec, Info-Santé pourrait peut-être assurer un tel service...

Treizièmement, en très bref, que la personne mourante soit au cœur du processus informationnel et décisionnel, même une fois déclarée inapte à décider. Que la personne, dans sa responsabilité et dans sa liberté passe avant les traitements. Que le seul grand défi clinique auprès des mourants soit celui de recevoir un consentement ou un refus éclairé et libre à tout traitement offert et de le respecter.

Je termine brièvement en soulignant quelques-uns des impacts nombreux et fort positifs de la fin de la vie basée sur la responsabilité et la liberté du mourant par rapport aux traitements de fin de vie et d'agonie.

D'abord, un médecin pourra aider à mourir une personne qui veut terminer librement et en accord avec sa conscience, son agonie par euthanasie ou par assistance à son auto-euthanasie.

Seront toujours possibles devant les tribunaux la poursuite et la condamnation des personnes qui n'auront pas respecté le cadre et les règles pour une telle pratique exceptionnelle d'accompagnement des mourants.

Refuser et faire cesser des traitements, en partie et en totalité, sera possible, comme mourir sans douleur, aussi.

Exprimer ses consentements et ses refus éclairés et libres à l'avance, au cas où..., sera reconnu et encouragé, quand on parle des «Advance Directives». Il en sera de même pour le mandat en cas d'incapacité. La qualité de la fin de la vie ne passe plus par le nombre de traitements donnés. Elle existe par l'expression et le respect des volontés de fin de vie, et même si cette personne en vient à demander, de façon éclairée et libre, un accompagnement à mourir par euthanasie ou assistance à l'auto-euthanasie.

L'accompagnement du mourant est carrément centré sur le mourant, sur ce qu'il a été, sur ce qu'il est et sur ce qu'il choisit d'être. Idéalement, l'accord des proches et de la famille est très souhaitable mais non obligatoire et nécessaire. Tant que la personne de 16 ans (je ne suis pas tellement sûr de l'âge, si c'est 16 ou 14) et plus est lucide, les proches n'ont pas les droits d'informer, d'être informés et d'accompagner sans l'autorisation claire et libre du mourant. Tout cela change lorsque le mourant devient inapte à consentir; des mécanismes légaux sont prévus par la loi à cette fin.

[Translation]

Tenth, that in each patient file in the health institutions there be a special section for last wishes — living will, power of attorney in case of incapacity, notes in the file, et cetera —

Eleventh, that the Department of Health and Welfare Canada invest several billions of dollars to enable all persons who so wish to die at home. This investment will produce enormous returns on all levels.

Twelfth, that every provincial Department of Health establish a 24-hour 1-800 number to answer questions from dying persons and their families and caregivers on their rights, duties, responsibilities and freedoms. In Quebec, Info-Santé could perhaps provide this service.

Thirteenth, and very briefly, that dying persons be the focus of the information and decision-making process, even once they are declared unable to decide. That the dying person, his responsibility and his freedom take precedence over treatment. That the only major clinical challenge with respect to dying patients be to receive free and informed consent or refusal for every treatment offered and to comply with that consent or refusal.

I will conclude briefly by emphasizing some of the many and very positive impacts of the end of life based on the dying patient's responsibility and freedom with respect to terminal treatments.

First, a physician may provide assistance in dying to a person who freely and in a manner consistent with his conscience wishes to end his life through euthanasia or assistance in his own self-euthanasia.

It will still be possible to prosecute and convict persons who have not complied with the framework and rules for this exceptional practice in providing special care and attention to the dying.

Refusing and requesting the cessation of treatment in whole or in part will be possible, as will the option of dying without pain.

Expressing free and informed consent or refusal in advance will be recognized and encouraged by way of advance directives. The same will be true for power of attorney in case of incapacity. Quality of life at the end of life is no longer determined by the number of treatments given. It exists through the expression of and compliance with last wishes and even if the person ultimately requests in a free and informed way assistance in dying by euthanasia or assistance in self-euthanasia.

The special care and attention afforded the dying is focused squarely on the dying, on what they were, on what they are and what they have chosen to be. Ideally, the consent of the patient's family is very desirable, but not mandatory or necessary. If the patient is 16 years of age — I am not quite sure about the age, whether it is 16 or 14 — or more and is lucid, the family does not have the right to inform, to be informed or to provide special care and attention without the free and informed authorization of the dying patient. All that changes when the patient becomes unable to give consent; legal mechanisms are provided by the law for this purpose.

[Text]

N'ayant pas à décider à la place du mourant, la santé globale des proches et des soignants ne sera qu'améliorée par le respect des volontés de cette personne sur fin de vie.

Par le respect des volontés du mourant, le processus du deuil sera facilité, moins douloureux et sûrement moins destructeur parce que moins porteur de culpabilité et de tension dans la famille et chez les soignants. En quelques mots, disons qu'une telle fin de vie responsable et libre devient source de vie et de santé globale pour les survivants.

Avec l'expression des volontés de fin de vie et avec le mandat en cas d'incapacité, le nombre de dilemmes éthiques devient minime.

Le mourant étant au centre du processus d'information et de décision, l'intérêt seul de cette personne comptera et les conflits d'intérêt des professionnels de la santé diminueront.

Le nombre de traitements de fin de vie sera beaucoup moins élevé. Là où le mourant est suffisamment informé et libre, ce nombre aurait coupé de près de la moitié.

Grâce à un cadre stricte de pratique et de balises de protection du mourant, les abus lors de l'euthanasie et de l'assistance à l'auto-euthanasie seront de beaucoup moindres. Selon moi, il est de beaucoup plus préférable d'avoir une certaine tolérance exceptionnelle de cette pratique dans un système ouvert que de l'interdire officiellement tout en la laissant faire dans un système secret, clandestin et souvent hors de toute solidarité et de tout contrôle.

Les abus sont toujours moins nombreux dans un système ouvert, sans ambiguïtés, solidaire, compatissant et respectueux de la personne. L'expérience des derniers référendums dans quatre états américains sur l'aide au mourir volontaire (environ 46 p. 100 étaient pour et 54 p. 100 contre, malgré les sondages majoritairement favorables) laisserait paraître maintenant qu'une pratique clandestine d'euthanasie et d'assistance au suicide pour les gens en fin de vie s'établit sans pouvoir se garantir des abus possibles. Au Canada, selon les sondages, plus de 70 p. 100 des gens sont en faveur de l'aide au mourir volontaire pour les personnes en fin de vie; au Québec, c'est plus de 80 p. 100.

La tolérance officielle pour une telle pratique exceptionnelle diminuera de beaucoup chez les mourants et les personnes très âgées, le nombre de suicide commis en solitaire, souvent de façon douloureuse, horrible et dangereuse pour la santé physique, émotive et mentale des survivants. À l'occasion, elle évitera aux proches le spectacle d'une agonie dramatique et horrible qui restera marqué tant dans leur mémoire que dans leur cœur, et cela surtout lorsque les douleurs et les souffrances ne sont que très peu soulagées, soit par impuissance, soit par ignorance ou parfois par manque de bonne volonté.

Une telle pratique exceptionnelle n'aura lieu que dans la rencontre des consciences et des libertés, dans un cadre précis et bien balisé. Selon des études américaines, les médecins, en majorité, accepteraient librement l'aide au mourir volontaire chez les gens en fin de vie et en agonie, en autant que la loi le permette. À partir d'une revue d'une trentaine d'enquêtes, le docteur belge Yvon Kénis souligne récemment dans un article

[Traduction]

Since the family and caregivers will not have to decide in the patient's stead, their overall health will only be improved by complying with the wishes of the dying person.

If the dying person's wishes are honoured, the mourning process will be facilitated, less painful and certainly less destructive because there will be less guilt and tension in the family and among the caregivers. In a word, this kind of responsible and free death becomes a source of life and overall health for the survivors.

With the expression of last wishes and the power of attorney in case of incapacity, there are very few ethical dilemmas.

Since the dying person is at the centre of the information and decision-making process, only that person's interest will count and there will be fewer conflicts of interest for health professionals.

There will be far fewer terminal treatments. When the dying person is sufficiently informed and free to choose, there will be nearly half as many.

As a result of a strict framework for practice and guidelines for the protection of the dying person, there will be far fewer abuses of euthanasia and assistance in self-euthanasia. In my view, it is far preferable to have a certain tolerance of this practice under exceptional circumstances in an open system than to prohibit it officially while allowing it to be carried out in a secret, clandestine system often beyond any form of solidarity or control.

There are often fewer abuses in an open, unambiguous, supportive, sympathetic system that respects the person involved. The experience of the latest referenda in four U.S. states on assistance in voluntary dying — approximately 46 per cent were for and 54 per cent against, despite the mainly favourable polls — seems to suggest that there is a growing clandestine practice of euthanasia and assisted suicide for the dying, without any guarantees against possible abuses. More than 70 per cent of respondents in surveys in Canada said they were in favour of assistance in voluntary dying for dying patients; more than 80 per cent were of the same view in Quebec.

Official tolerance of this exceptional practice will reduce the number of suicides committed in solitude by elderly persons and dying patients, often in ways painful, horrible and dangerous for the physical, emotional and mental health of the survivors. In some instances, it will spare families the spectacle of a dramatic and horrible death that will remain in their memories and hearts, especially in cases where there is very little relief of the pain and suffering, either as a result of powerlessness, ignorance or, in some instances, lack of good will.

This exceptional practice will take place only if there is a meeting of consciences and freedoms, in a specific and well indicated framework. According to U.S. studies, most physicians would freely accept assistance for voluntary dying for dying persons to the extent the law permits it. Based on a review of some 20 surveys, the Belgian doctor Yvon Kénis recently emphasized in an article that one physician in two has received a

[Texte]

qu'un médecin sur deux a été confronté à une demande d'euthanasie par un malade et qu'un sur quatre avoue l'avoir pratiquée. C'est tiré de la copie du bulletin que vous avez et qui s'appelle *Association pour le droit de mourir dans la dignité, Bruxelles, mars 1994, n° 52, p. 1.*

Pour terminer, permettez-moi de souligner ce qui suit. Tant et aussi longtemps que le mourant sera au centre et au cœur des décisions de la fin de la vie, l'accompagnement de cette personne sera beaucoup moins compliqué mais tout en demeurant complexe et délicat. Un grand défi clinique, quoi! Le seul et probablement le plus noble.

Il est merveilleux que la Cour suprême du Canada opte pour le caractère sacré de la vie. Mais, plus noble encore est de respecter la liberté et le sens sacré qu'une personne éclairée et libre donne à la fin de sa vie et de son agonie.

Voilà pour l'essentiel. Maintenant, je vous suis bien humblement disponible pour chercher avec vous une solution acceptable tant pour tous les mourants que pour celles et ceux qui les accompagnent et qui les soignent avec solidarité, compassion, respect et humanité.

Je vous remercie pour votre aimable attention.

La présidente: Je vous remercie, monsieur Bureau.

Le sénateur Lavoie-Roux: Évidemment, votre position est assez différente de celle du premier témoin que nous avons entendu cet après-midi.

La question que j'aimerais vous poser découle un peu de ce que nous avons entendu. Quand vous dites à la page quatre:

...que la Chambre des communes passe une loi...

Et cetera.

...ou l'assistance au suicide volontaire sur une personne en processus de fin de vie et qui auront respecté le cadre strict et précis pour une telle pratique.

Les observations que l'on nous a fait antérieurement (vous revenez là-dessus sur la question des balises, et cetera) semblaient mettre en doute (ceci nous est souvent apporté) que l'on pourrait permettre l'euthanasie à la condition qu'elle se pratique selon certaines conditions, et cetera.

Il semblerait, d'après l'étude que l'on nous a cité tantôt, que ce n'est pas si simple que cela de faire respecter les balises. Vous semblez convaincu qu'il peut y avoir des balises assez précises, pour que tout puisse se cadrer à l'intérieur et qu'il n'y ait pas d'erreurs de faits.

M. Bureau: Habituellement quand on parle de balises, l'on regarde un peu le modèle hollandais. Souvent c'est une référence entre le médecin et le mourant.

Quant à moi, s'il devait y avoir des balises et si on devait en établir, je crois qu'il devrait y avoir beaucoup plus une référence par rapport à ces critères à la personne qui meurt et son entourage et toute une équipe de soignants, incluant le médecin, absolument, bien sûr.

[Translation]

request for euthanasia from a patient and that one in four have admitted practising it. This was taken from a copy of the newsletter which you have and which is entitled *Association for the Right to Die with Dignity*, Brussels, March 1994, No. 52, p. 1.

In closing, allow me to emphasize this point. As long as the dying are the focus of terminal decisions, the special care and attention provided to those persons will be much less complicated, but remain complex and delicate. This is a major clinical challenge, the only one and probably the most noble.

It is marvellous that the Supreme Court of Canada has come down on the side of the holy character of life. However, it is even more noble to honour the freedom and the holy meaning which a free and informed person gives to the end of his life and to his dying.

Those are my essential points. Now I am humbly available to look with you for an acceptable solution for all dying persons and those who accompany them and who care for them with solidarity, compassion, respect and humanity.

Thank you for your kind attention.

The Chairman: Thank you, Mr. Bureau.

Senator Lavoie-Roux: Your position is clearly quite different from that of the first witness we heard this afternoon.

The question I would like to ask you arises somewhat from what we have heard. When you say on page 4:

...that the House of Commons pass a statute...

Et cetera.

...or assistance in voluntary suicide on a person who is at the end of his life and who have complied with the strict and specific framework for such practices...

The observations made to us earlier — you come back to that on the issue of guidelines, et cetera — appeared to cast some doubt — this often happens to us — on the idea that euthanasia could be permitted provided it were practised under certain conditions, et cetera.

According to the study cited to us a moment ago, it would appear it is not as simple as that to comply with those guidelines. You seem to be convinced that there can be fairly specific guidelines so that everything can fit within them and there are no areas of fact.

Mr. Bureau: Usually when people talk about guidelines they look somewhat to the Dutch model. It is often a reference between physician and dying patient.

In my view, if there had to be guidelines and if they had to be established, I believe there would have to be much more referring to these criteria for the dying person and his family and the entire team of caregivers, including the physician, absolutely, of course.

[Text]

Mais cela ne devrait pas être seulement avec le médecin parce que lorsque arrive des questions de vie et de mort, et lorsque arrive le mourir... mourir n'est pas seulement un acte médical, si l'on veut ou physique, c'est un acte psycho-social, spirituel, sociétal, tout y est.

Je pense que si ces balises sont pour une équipe d'accompagnateurs multidisciplinaire. À ce moment-là, ces balises risquent d'être plus respectées ou plus inspirantes, si l'on veut, pour une pratique.

Le sénateur Lavoie-Roux: En page sept vous dites:

Le mourant étant au centre du processus d'information et de décision, l'intérêt seul de cette personne comptera et les conflits d'intérêt des professionnels de la santé diminueront.

À quoi faites-vous allusion dans les conflits d'intérêt des professionnels de la santé? Quel type de conflit peut intervenir?

M. Bureau: Il peut y en avoir parfois au niveau de la recherche. C'est-à-dire que quelqu'un peut-être «un beau cas» et que cela peut-être fort intéressant pour l'établissement de prolonger une fin de vie, si l'on veut, ne serai-ce que pour dire qu'il a vécu le plus longtemps possible ou simplement pour mieux apprendre et tout.

Je ne suis pas contre que quelqu'un puisse servir à la science ou qu'il soit un cobaye, si l'on veut, en autant que lui le sache. C'est bien important.

Il y a des conflits d'intérêt que l'on retrouve parfois chez différents professionnels ou parfois dans la famille. Des fois, certaines familles ont avantage à ce que les gens vivent le plus longtemps possible. C'est le cas des gens qui ont une assurance salaire, tant et aussi longtemps qu'ils vivent. Ou d'un autre côté, il peut y avoir des familles qui ont hâte que la personne décède pour hériter.

Donc, souvent, comme disaient certains notaires: «Quand arrive la fin de la vie, il y a une multitude de conflits d'intérêt, soit dans la famille ou soit dans la société, parfois». Ou, tout au moins, souvent lorsque le mourir a lieu à l'hôpital. À l'hôpital il y a une multitude de professionnels, une multitude d'intervenants qui veulent intervenir. Souvent ils sont très interventionnistes.

On disait même avec un psychiatre dernièrement que, si l'on veut utiliser le pouvoir que l'on a comme professionnel, l'on peut, dans 95 p. 100 des cas, faire accepter tout ce que l'on veut comme traitement à des patients. Ceci est dû au fait du haut degré de vulnérabilité de la personne qui, souvent, est très âgée, ou très malade et qui en plus sait qu'elle va mourir.

Donc, il y a une influençabilité et vulnérabilité. Alors, dans ce sens, les conflits d'intérêt sont beaucoup plus grands souvent dans un milieu de santé que lorsque le mourir se passe à domicile.

Le sénateur Lavoie-Roux: Maintenant, vous faites une recommandation...vous en faites plusieurs, d'ailleurs...

M. Bureau: Oui, j'en profite!

[Traduction]

But it shouldn't only be up to the physician because when questions of life and death arise, and when death comes... death is not only a medical act, if you will, or a physical act; it is a psychosocial, spiritual, societal act; all those things are there.

I think that if these guidelines are for a multidisciplinary team of special caregivers, those guidelines may be complied with to a greater degree or more inspirational, if you will, for a practice.

Senator Lavoie-Roux: At page 7, you say:

Since the dying are at the centre of the information and decision-making process, only their interests will count and there will be fewer conflicts of interest for health professionals.

What are you alluding to when you mention conflicts of interest for health professionals? What type of conflict can arise?

Mr. Bureau: There can sometimes be conflicts over research. In other words, someone may be "a good case" and it may be very interesting for the institution to prolong that person's life, if you will, if only to be able to say that that person lived as long as possible or simply in order to learn more and so on.

I am not against the idea that someone could help science or be a guinea pig, if you will, as long as he knows about it. That's very important.

There are conflicts of interest sometimes among various professionals and sometimes within the family. In some instances, certain families have an interest in the patients living as long as possible. That is the case of people who have salary insurance as long as they live. Or, on the other hand, there may be families who want the person to die so that they can inherit.

So often, as some notaries say: When the end of life comes, there are a host of conflicts of interest, either within the family or at times in society. Or at the very least, often when the death occurs in hospital. There are a lot of professionals at a hospital, a lot of caregivers who want to intervene. They are often very interventionist.

I was recently talking to a psychiatrist who said that, if we want to use the power we have as professionals, we can make patients accept whatever treatment we want in 95 per cent of cases. This is due to the high degree of vulnerability of patients who are often very elderly or very sick and who also know they are going to die.

So they can be influenced and are vulnerable. So in that sense, conflicts of interest are often much greater in a health care environment than when the death occurs at home.

Senator Lavoie-Roux: Now you made a recommendation. You made several, in fact...

Mr. Bureau: Yes, I took advantage of the opportunity!

[Texte]

Le sénateur Lavoie-Roux: ...comment l'on devrait procéder, et cetera.

Je pense qu'autour de la table, ici, l'on se questionne tous à savoir où l'on trace la ligne. C'est pas mal littéral comme traduction!

Le sénateur Beaudoin: Mais c'est vrai.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous dites que nous devrions avoir une grande campagne de publicité, et cetera. Évidemment, si le Code criminel était modifié, il est évident qu'il faudrait en informer le public.

Ce que je crains toujours (d'accord on informe les gens, j'en suis) lorsque l'on parle d'une grande campagne de publicité, c'est de voir un peu tout le monde essayer de servir ses propres intérêts.

Quels seraient les effets, au point de vue des valeurs sociétales ou même au plan moral de cette grande ouverture qui permettrait à chacun de choisir le moment où arrêter de vivre? On peut l'assister, on peut s'entendre sur les termes ou ne pas s'entendre c'est un peu une parenthèse.

Il me semble, qu'il y a à ce moment-là, une espèce d'ouverture qui peut nous entraîner dans un processus qui peut être dangereux à la longue, compte-tenu de tous les autres problèmes que nous avons soulevés au plan économique et au plan des problèmes du système de santé, du vieillissement de la population.

J'entendais même des gens tantôt des gens qui parlaient des enfants nés avec un handicap mental ou autre. Cela nous mène où?

M. Bureau: Deux points, madame le sénateur, si vous me permettez. Je vais peut-être vous surprendre mais j'ai déjà même dit cela.

Je crois que, présentement, le système de santé a suffisamment d'argent pour répondre à tous les besoins d'intervention ou à tous les traitements possibles mais en autant que les gens soient bien informés pour ce qui est des avantages, des inconvénients, des risques et des alternatives aux traitements proposés. Je l'avance, et j'espère que je serais capable de le prouver.

Ainsi en est-il, je pense, en ce qui a trait aux soins aux mourants. Si l'on dit que la personne la plus compétente, non pas pour dire que telle maladie amène la mort dans deux ou trois jours, mais pour dire que cela a du sens pour elle à la fin de sa vie (je caricature) de se faire enlever deux jambes et deux bras pour vivre encore un mois, médicalement parlant, cela peut être très faisable. Mais est-ce que, pour moi, la compétence (j'ai même dit cela à 200 ou 300 gériatres et psychiatres) n'appartient plus aux docteurs ou aux soignants mais plutôt à la personne qui peut exprimer ce qui a du sens ou ce qui n'en a pas.

Je pense qu'il faut reconnaître la grande compétence, et même la grande sagesse, qui augmentent quand arrive la fin de la vie.

Pour ce qui est du deuxième point, je suis très heureux que vous souligniez l'histoire de la campagne de publicité, qui n'est pas une campagne de publicité sur l'euthanasie active ou l'aide au suicide, mais sur les droits qu'ont les gens.

[Translation]

Senator Lavoie-Roux: ...how we should proceed, et cetera.

I believe that all of us around the table here are wondering where to draw the line. That's a fairly literal translation!

Senator Beaudoin: But it's true.

Senator Lavoie-Roux: You say that we should have a major advertising campaign and so on. If the Criminal Code were amended, the public would clearly have to be informed about it.

What I still fear — all right, we inform people, I understand — when you talk about a major advertising campaign, it's somewhat so that everyone can try to serve his own interests.

What would be the effect on societal values or in moral terms of this great opening that would enable everyone to choose the time when they want to stop their lives? We can help them, we can agree on the terms, or not agree. That's something of an aside.

It seems to me that that creates a kind of opening that can lead us into a process that may be dangerous in the long run, given all the other problems that we have raised, economic problems and the problems of the health system and the aging of the population.

I even heard people a moment ago who were talking about children born with a mental or other disability. Where does that lead us?

Mr. Bureau: Two points, senator, with your permission. It may surprise you, but I have already said that.

I believe that the health care system currently has enough money to respond to all the needs for procedures and all the possible treatments, but only as long as people are well informed about the advantages, disadvantages, risks and alternatives to the treatments proposed. I advance this, and I hope I can prove it.

This is the case, I believe, as regards care for the dying. If you say that the most competent person, not if you say whether such and such a disease leads to death in two or three days, but if you say whether it makes any sense for that person at the end of his life — this is an exaggeration — to have both arms and legs removed in order to live another month, medically speaking, that may be entirely feasible. But in my view, competence — I even said this to 200 or 300 geriatrics experts and psychiatrists — is not a matter for the doctors or the caregivers, but rather for the person who can express what has meaning and what does not.

I think you have to recognize the great competence, and even great wisdom, which increases when the death comes.

As regards the second point, I am very happy that you pointed out this business of the advertising campaign, which is not an advertising campaign on active euthanasia or assisted suicide, but rather on the rights people have.

[Text]

Je suis encore terriblement surpris de voir la grande ignorance des gens. Les gens ne savent pas qu'ils ont le droit de refuser les traitements qu'on leur propose. Ils ne le savent pas encore et ce n'est pas dit.

Je cherche l'hôpital qui va afficher en très gros caractères à l'entrée que c'est un hôpital qui informe les gens sur tous les traitements, les avantages, les inconvénients, les risques et les alternatives et que les gens n'obtiendront pas plus tard des informations qu'ils doivent connaître maintenant, et qu'ils vivent dans un pays libre à l'hôpital. C'est-à-dire que c'est la liberté de choix qui primera. Quand ce sera écrit à la porte de l'entrée des hôpitaux, l'on sera rendu très loin, madame le sénateur Lavoie-Roux.

Donc, la campagne de publicité se fait beaucoup plus sur ces droits fondamentaux d'accepter, de refuser et de faire cesser un traitement en partie ou en totalité et sur le droit de mourir sans douleur.

Il y a l'hôpital Saint-Luc à Montréal qui est en train de se préparer à devenir un hôpital «sans douleur».

Je reviens sur la notion de douleur, si vous me le permettez. Elle est importante, elle a été véhiculée tout à l'heure.

Il est vrai que l'on dit que l'on peut parfois contrôler 95 p. 100 des douleurs. Mais où? Pas partout. Dans des unités de soins palliatifs, par des gens experts, grandement formés là-dessus et dont la mise à jour quotidienne se fait sur le contrôle de la douleur, et cela est toute une science.

Mais qu'on ne vienne pas me dire qu'au Québec 95 p. 100 des douleurs sont contrôlées chez les gens qui sont en phase terminale et qui meurent. Ce n'est pas vrai. L'on dit qu'il y a encore au moins 50 p. 100 des gens qui vivent le calvaire dans nos hôpitaux quand arrivent la fin de vie et l'agonie. Je pense qu'il faut faire une nuance importante sur le contrôle de la douleur. C'est cela qui est important quand on accompagne des gens vers la mort.

D'ailleurs, la revue *Actualité* va publier un article sur le sujet prochainement. On m'a approché pour me demander ce que l'on devait faire.

D'abord et avant tout, je pense qu'il faut s'assurer que le médecin qui est là a la compétence pour contrôler ce type de maladie qui va amener prochainement l'agonie et la mort. La compétence n'est pas plus importante pour les médecins que pour les autres professionnels. Si le médecin n'a pas la compétence, il faudra qu'il consulte des experts en soins palliatifs pour avoir des consultations ad hoc, pour être sûr que l'on contrôle bien la douleur et pour vraiment s'assurer que la douleur soit le moins élevée ou le plus contrôlée possible.

Le sénateur Lavoie-Roux: Juste une dernière question, madame la présidente.

Elle porte sur les sondages auxquels vous faites allusion et qui m'ont, d'ailleurs, un peu surpris alors qu'on dit que le taux au Québec est de 80 p. 100. On va mourir avant vous autres.

[Traduction]

I am still terribly surprised to see how much people don't know. People do not know that they are entitled to refuse treatment proposed to them. They still do not know it and it's not said.

I would like to find the hospital that will put up a sign in large letters at its entrance saying that this is a hospital that informs people about all the treatments, advantages, disadvantages, risks and alternatives and that people will not get later the information they need to know now, and that they are living in a free country at the hospital; in other words that freedom of choice will be the rule. When that is written at the entrance to hospitals, we will have gone a very long way, Senator Lavoie-Roux.

So the advertising campaign would focus much more on these fundamental rights to accept, refuse and cease treatment in whole or in part and on the right to die without pain.

Saint-Luc's hospital in Montreal is preparing to become a "painless" hospital.

Coming back to the notion of pain, if you will, it is important and was discussed a moment ago.

It is true that it has been said that sometimes 95 per cent of pain can be controlled. But where? Not everywhere. In palliative care units, by experts highly trained in the field and whose knowledge about controlling pain is updated every day, and that's a whole field of science.

But don't tell me that 95 per cent of pain is controlled in Quebec in people who are in the terminal phase and are dying. That's not true. It's said that there are still at least 50 per cent of patients who suffer horribly in our hospitals at the end of their lives and in death. I believe an important distinction must be made regarding pain control. That's what's important when you provide special care and attention for the dying.

Incidentally, *Actualité* magazine is going to publish an article on the subject soon. I was approached and asked what should be done.

First and foremost, I believe we must ensure that the physician who is there is qualified to control the type of disease that is about to result in dying and death. Qualifications are not more important for physicians than for other professionals. If the physician is not qualified, he will have to consult palliative care experts, have *ad hoc* consultations, in order to be sure that the pain is being properly controlled and to really ensure that the pain is as slight or as controlled as possible.

Senator Lavoie-Roux: Just one final question, Madam Chairman.

It concerns the surveys you referred to and which incidentally surprised me somewhat when you said that the percentage in Quebec was 80 per cent. We are going to die before you.

[Texte]

Est-ce que vous avez vérifié le contenu de ces sondages? Si on m'appelle au téléphone puis qu'on me demande si je suis pour la mort sans douleur, je pense bien que je dirais oui.

Tout le monde autour de la table est d'accord pour dire que c'est un problème très complexe. D'abord, simplement en ce qui a trait à la définition des termes.

M. Bureau: Bien sûr.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'accorde une importance relative à ces sondages. Je ne sais pas quelle est votre opinion à ce sujet. Je n'ai pas vu le contenu exact des sondages ni le type de questions demandées.

M. Bureau: Si vous voulez, je pourrais vous les expédier. Je les ai collectionnées, si l'on veut.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui.

M. Bureau: Je suis d'accord avec vous qu'il faut faire beaucoup de relativisme autour de tout cela.

Ce qui m'a surpris, madame le sénateur Lavoie-Roux, c'est que j'ai eu, pendant huit ans, à aller parler dans des centres d'accueil où il y avait 80 personnes, souvent âgées ou très âgées, des familles. Dieu sait si j'ai parlé depuis huit ans. C'est souvent les personnes sur fin de vie qui m'ont appris bien des choses.

Même lorsque l'on posait carrément la question aux gens, ils nous affirmaient qu'ils avaient dit à leur médecin de tout arrêter lorsqu'ils deviendraient confus, ou que cela ferait au moins une semaine qu'ils sont confus. Ils prétendent que si le docteur le veut, il pourra bien donner la bonne piqure ou la bonne pilule.

Puis je demandais à une belle madame de 80 ans, comment elle pouvait être en conscience avec son Dieu là-dedans. Elle m'a répondu que c'était réglé depuis longtemps. Elle m'a dit qu'elle communiait à chaque fois que le prêtre venait et que sa conscience était très propre là-dessus. Il peut y avoir d'autres témoignages aussi, mais cela m'a surpris.

Je me disais qu'on devrait laisser les personnes âgées vraiment parler là-dessus. Elles sont plus compétentes et encore plus sages que nous ne pouvons l'être. Souvent, l'on est encore à la verticale et l'on a bien plus peur de la mort qu'eux. Sans désirer la mort, les personnes âgées ont souvent hâte (je pense avec sagesse) de voir s'il n'y a pas quelque chose de plus intéressant à faire dans d'autres vies que dans celle-ci. C'est notre petite expérience.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci bien.

Senator Grafstein: Mr. Bureau, I found your presentation very informative. There is one part on which perhaps you could give us a little clarification; that is the nature and extent, from your experience, of clandestine acts of euthanasia.

As I listened to you, I was reminded of an earlier period in this country when abortion was "illegal", in the sense that it was done in a clandestine fashion. I think it was the women's movement and people's sensitivities that changed values and attitudes about abortion and brought them from the clandestine area to a more

[Translation]

Did you verify the content of those surveys? If someone calls me on the telephone and asks me if I am in favour of painless death, I really think I would say yes.

Everyone around this table agrees that this is a very complex problem. First, simply the matter of defining terms.

Mr. Bureau: Of course.

Senator Lavoie-Roux: I attach a relative degree of importance to these surveys. I do not know what your opinion is on the subject. I haven't seen the exact content of the surveys or the type of questions asked.

Mr. Bureau: I could send them to you if you wish. I have collected them, if you will.

Senator Lavoie-Roux: Yes.

Mr. Bureau: I agree with you that you really have to put these things in perspective.

What surprised me, Senator Lavoie-Roux, is that, for eight years, I had to go talk in the hospices, where there were 80 persons, often elderly or very elderly, families. Lord knows I talked for eight years. It was often people at the end of their lives who taught me a lot of things.

Even when the question was put squarely to those people, they told us that they had told their doctors to stop everything when they became confused and had been confused for at least a week. They claim they said that, if the doctor wanted, he could give them the right injection or the right pill.

Then I asked a 80-year-old woman how she could be on terms with God on that. She answered that that had been settled for a long time. She told me she communicated each time the priest came and that her conscience was very clear on that point. There may be other testimony as well, but that surprised me.

I thought we should really let the elderly talk about it. They are more qualified and even wiser than we can be. In many cases, we are still healthy and we are more afraid of death than they. Without actually wanting death, the elderly are often eager — and this is wisdom I think — to see whether there isn't something more interesting to do in other lives than this one. That has been our limited experience.

Senator Lavoie-Roux: Thank you very much.

Le sénateur Grafstein: Monsieur Bureau, j'ai trouvé votre exposé très intéressant. J'aimerais toutefois quelques éclaircissements quant à la nature et la portée des actes d'euthanasie clandestins, d'après votre expérience.

En vous écoutant, je me suis souvenu de l'époque où l'avortement était «illégal», en ce sens qu'il était effectué clandestinement. Je crois que c'est le mouvement féministe et l'évolution des mentalités qui ont changé les valeurs et les attitudes vis-à-vis de l'avortement et qui l'ont fait sortir de la

[Text]

regimented, regulated series of principles that people could adopt.

Are you suggesting that is the case now with euthanasia, that it is widespread but clandestine, and therefore in breach of human dignity?

M. Bureau: Je ne dirais pas que cela se passe à l'encontre de la dignité humaine.

Lors de conversations que j'ai eues avec M. Derek Humphry, ou avec les gens de la *Hemlock Society* ou de la *Society for the Right to Die* aux États-Unis, ou ailleurs, spécialement quand il y a eu des référendums dans quatre états américains, on m'a dit que lorsque la loi ne va pas assez loin, c'est que la société semble s'organiser elle-même (de façon efficace, je crois) mais que le contrôle des abus semble relativement assez élevé à ce moment-là.

Est-ce qu'il est préférable d'avoir un système ouvert, tolérant l'exception (dans un cadre très précis, exceptionnel) que de dire: non, c'est défendu, c'est criminel et cela ne se passera pas ici et de laisser les gens s'organiser de façon parfois douteuse et parfois peut-être moins respectueuse?

Quand les gens nous appellent ou qu'ils parlent avec d'autres, ce qu'on leur suggère, c'est de communiquer avec leur médecin, de parler et de s'informer. Quant à moi, je ne ferai pas la promotion de l'euthanasie active ni de l'aide au suicide.

Mais si des gens pensent le faire et qui le veulent, dans leur conscience, j'aime autant qu'ils puissent avoir toute l'information, tout l'accompagnement. Qu'on ne leur dise pas que nous les accompagnons seulement s'ils meurent dans notre système, ou sinon, qu'ils doivent s'organiser seuls à la maison. Je me dis que ces gens-là ont le droit d'être accompagnés aussi et d'être aussi protégés.

Je pense que c'est un cas d'abus intéressant. Des abus, il y en a eu énormément. Tout ce qu'on a fait en ce qui concerne l'acharnement thérapeutique, cela consistait presque, en fin de compte, en une culture sociétale hospitalière. On a cru à un moment donné que plus l'on offrirait de traitements, plus la vie serait prolongée et que ce serait pour le mieux de la personne.

Mais à ce moment-là, la personne ne s'exprimait pas et souvent, les professionnels ne le demandait pas à la personne.

Maintenant, les cultures changent. Les hôpitaux posent maintenant la question aux gens et leur recommande même de s'exprimer, soit par écrit ou soit verbalement. Je pense que c'est beaucoup mieux. Lorsque les gens disent qu'ils aimeraient bien que ça ne dure pas trop longtemps, nous leur suggérons de négocier un mourir sans douleur avec leur médecin.

Cela ne veut pas dire qu'ils espèrent ne pas trop souffrir. Pas du tout. Cela veut dire qu'ils demandent au docteur de s'asseoir parce qu'ils ont quelque chose de très important à lui dire. Ils ont beaucoup souffert jusqu'ici et à partir de maintenant, ils ne veulent plus une goutte de douleur. La souffrance a assez duré. Ils demandent au docteur de les regarder droit dans les yeux et lui affirment qu'ils ne veulent plus une goutte de douleur. À ce moment-là, le docteur comprend bien.

[Traduction]

clandestinité pour l'assujettir à des règles et des principes que les gens pouvaient accepter.

Voulez-vous dire que c'est maintenant la même chose pour l'euthanasie? Autrement dit, qu'elle est répandue, mais clandestine et qu'elle porte donc atteinte à la dignité de la personne humaine?

Mr. Bureau: I wouldn't say that occurs in breach of human dignity.

In conversations I had with Mr. Derek Humphry, or with the people of the Hemlock Society or the Society for the Right to Die in the United States, or elsewhere, especially when there were referenda in four U.S. states, I was told that when the law doesn't go far enough, it's because society appears to be organizing itself — effectively, I believe — but there appears to be relatively effective control of abuses at this point.

Is it preferable to have an open system tolerating the exception in a very specific, exceptional set of circumstances, than to say: No, it's prohibited, it's criminal and it won't happen here, and to let people organize their affairs in a sometimes dubious and perhaps less respectful manner?

When people call us or talk with others, the suggestion is made that they contact their doctor, that they talk and get informed. As for me, I will not promote active euthanasia or assisted suicide.

But if people are thinking of doing it and in their conscience want to do it, I would prefer that they be able to have all the information, and all the special care and attention, that they not be told that we will provide that care and attention only if they die in our system or else they will have to make their own arrangements alone at home. I feel that these people have the right to care and attention as well and to be protected.

I think that this is an interesting case of abuse. There have been enormous numbers of abuses. Everything that has been done in the way of aggressive therapy has ultimately almost amounted to a societal hospital culture. We believed at one point that the more treatments were provided, the further life would be prolonged and the better that would be for the persons concerned.

However, those persons sometimes did not speak and professionals often did not ask them.

Cultures are now changing. Hospitals are now putting the question to people and recommending that they express their views either in writing or verbally. I think that's a lot better. When people say they would prefer the suffering not last too long, we suggest that they negotiate a painless death with their physician.

That does not mean that they hope they will not suffer too much, not at all. That means that they are asking the doctor to sit down because they have something very important to tell him. They have suffered a great deal to this point and, as of now, they no longer want to suffer any pain. The suffering has gone on long enough. They ask the doctor to look them straight in the eye and they tell him that they do not want to suffer another iota of pain. When that happens, the doctor understands fully.

[Texte]

Lorsqu'un médecin est bien informé, qu'il sait à qui il a affaire et que la communication a été forte, cela devient beaucoup plus facile d'agir. Je pense que c'est plus faisable que quand c'est un mourir plus ou moins non négocié.

J'extrapole un peu. Je me dis: profitons du temps généreux et extraordinaire pendant lequel les gens sont lucides.

Je vous raconte juste une histoire. Lors d'un colloque à Montréal, un grand médecin racontait que quelqu'un avait fait un ACV, accident cérébro-vasculaire. Il a paralysé mais il est revenu pas trop pire. Puis on a continué.

Mais un an plus tard, cette personne a subi un gros arrêt, un autre ACV et vlan, elle est maintenant inapte à consentir. Là, on nous dit que l'on fait face à un dilemme éthique. Je comprends que l'on est en face d'un dilemme éthique.

Qu'a-t-on fait durant l'année où cette personne était suffisamment lucide? Lui a-t-on demandé quoi faire si un autre ACV se produisait et qu'elle se retrouvait dans un état d'inaptitude à consentir? Comme on dit en langage plus québécois, si elle se retrouvait légume pour le restant de sa vie?

C'est pour cela que l'on a des dilemmes éthiques. Les dilemmes éthiques diminuent si l'on profite de ce grand temps de lucidité.

Il y a deux ou trois hôpitaux au Québec qui maintenant parlent avec les gens. Si vous saviez comme les gens se sentent valorisés quand on leur parle de ces vraies choses. On leur dit qu'ils ont la sagesse et la compétence et que c'est nous qui avons besoin d'eux, ce ne sont plus eux qui ont besoin de nous.

Nous sommes là pour les aider et nous allons avoir besoin d'eux. On leur demande de faire un dernier acte d'amour, pendant qu'ils sont encore lucides, soit de nous dire qui ils sont, quelle est leur spiritualité, quelles sont leurs croyances et jusqu'où nous devons aller le jour où la lucidité les quittera.

Il y a moins de congés de maladie chez les gens qui travaillent dans de telles conditions. Ce qui amène la santé et le burn-out chez les mourants, c'est quand on se place en situation de ne pas considérer le mourant comme étant la personne centrale et que l'on attend que les problèmes arrivent et, encore plus, que la non lucidité arrive et là, on se dit que l'on a de graves problèmes éthiques. Et vous voyez jusqu'où.

Je me dis que l'on se dirige vers une fin de vie plus négociée, plus exprimée. En d'autres termes, c'est un appel à la communication.

La présidente: Sénateur Beaudoin.

Le sénateur Beaudoin: Je voudrais revenir sur les statistiques parce que je me méfie un peu de ces choses-là. Quand on définit très bien les termes, on peut avoir un autre résultat. On voit cela en politique, on voit cela dans tous les domaines.

Plus la question est précise, plus le sondage est raffiné et précis.

[Translation]

When a physician is well informed, when he knows who he is dealing with and the communication has been strong, it becomes much easier to act. I believe this is much more feasible than when a death is more or less not negotiated.

I am extrapolating somewhat. I am thinking: Let's take advantage of the ample and extraordinary time when people are lucid.

I'll tell you just one story. At a seminar in Montreal, one great physician told about someone who had suffered a stroke. He was paralyzed, but he recovered fairly well, and life went on.

But one year later, that person suffered a major setback, another stroke and all of a sudden was unable to give consent. Now here we are told that we're facing an ethical dilemma. And I can understand that we are indeed facing an ethical dilemma.

What was done during the year when that person was sufficiently lucid? Was he asked what should be done if another stroke occurred and if he found himself unable to give consent, or as we say more commonly in Quebec, if he became a vegetable for the rest of his life?

That's why there are ethical dilemmas. Ethical dilemmas are not as great if you take advantage of this time when the person is lucid.

There are two or three hospitals in Quebec which now talk to people. If you knew how good people feel when others talk to them about real things. They are told that they are wise and qualified and that others need them; it's not they who need us.

We are here to help them, and we are going to need them. We ask them to make this final act of love, while they are still lucid, that is to tell us who they are, what their spirituality is, what their beliefs are and how far they want to go the day they are no longer lucid.

People who work in these conditions take less sick leave. What promotes health and burn-out in the dying is when they are placed in situations in which they are not considered as the central person and where people wait for problems to occur and for them to stop being lucid, and there we say that we have serious ethical problems. And you can see to what extent that is true.

I wonder whether we are headed toward a more negotiated, more expressed end of life. In other words, this is an appeal to communication.

The Chairman: Senator Beaudoin.

Senator Beaudoin: I would like to go back to the statistics because I am somewhat suspicious of those things. When the terms are very well defined, the result can be different. You see that in politics; you see that in all fields.

The more precise the question is, the more refined and precise the survey.

[Text]

Je me demande des fois si les gens n'ont pas plus peur de la douleur que de la mort elle-même. Enfin, vous en savez plus que moi sur ce plan-là. Je me dis que c'est donc une question de définition de concept.

Je suis toujours porté à distinguer entre ce qui est le libre arbitre de la personne qui souffre et la décision des tierces personnes. Pour moi, cela est très important. Laisser à une autre personne une décision sur ma propre vie, je trouve que c'est tout un mandat.

Évidemment, l'on peut toujours pallier à cela en disant que l'on va faire un testament biologique où l'on dit quoi faire si jamais l'on se retrouve dans telle ou telle situation. Mais même là, on peut changer d'idée avant de se rendre là.

M. Bureau: Bien sûr.

Le sénateur Beaudoin: J'aurais deux petites questions à vous poser.

Quelle est votre réaction face à l'affaire Nancy B qui impliquait de débrancher des appareils et quelle est votre réaction face au suicide assisté, c'est-à-dire la cause *Sue Rodriguez*? Qu'est-ce que vous en pensez?

M. Bureau: Le cas de Nancy B se passait à Québec.

Le sénateur Beaudoin: Nancy B, c'est à Québec, oui.

M. Bureau: J'ai été présent à presque tout le procès, si l'on veut, toutes les démarches et même légèrement auprès de la famille, des avocats et des juges. Notre expertise a pu servir un peu, tout au moins, dans un rôle relativement caché, si l'on veut.

Je me souviens de la question qui avait été posée aux avocats à ce moment-là. Le juge leur avait demandé: si à un moment donné, Nancy B demande que l'on arrête le respirateur à partir d'une telle heure et qu'elle le fait de façon libre et éclairée, et que l'on continue, malgré son consentement, à garder le respirateur, est-ce que cela constituerait une voie de fait sur cette personne, voie de fait qui pourrait entraîner la possibilité d'une poursuite de plusieurs millions et tout ce que vous voudrez?

Les avocats se sont consultés et ont répondu: «Oui, monsieur le juge». Cela veut dire que cela irait contre le droit de refuser des traitements et contre le droit aussi de faire cesser un traitement.

Le sénateur Beaudoin: Cela est assez général maintenant le droit de refuser un traitement.

M. Bureau: De faire cesser un traitement, oui.

Le sénateur Beaudoin: Je pense que c'est assez répandu aujourd'hui?

M. Bureau: Le cas Nancy B a fait avancer cette notion du droit de faire cesser un traitement.

D'ailleurs, Mme Nancy B l'a fait dans un acte d'amour. Elle aurait bien pu s'organiser avec un autre médecin pour terminer ses jours et l'on ne l'aurait jamais su. Mais je pense qu'elle l'a fait dans le but de faire avancer cette notion du droit de faire cesser un traitement. Je pense que cela a été un grand moment de générosité de sa part.

[Traduction]

I wonder sometimes whether people are not more afraid of pain than death itself. I mean, you know more about this than I do. I wonder whether this is not a matter of definition of concepts.

I am always inclined to distinguish between the discretion of the person who is suffering and the decision of third persons. That's very important in my view. I think that letting someone else make a decision about my life is no small matter.

Of course, you can always correct that by saying that you are going to make a living will in which you say what to do if ever you find yourself in such and such a situation. But even there, you can change your mind before reaching that point.

Mr. Bureau: Of course.

Senator Beaudoin: I have two brief questions to ask you.

What is your reaction to the Nancy B. affair, which involved removing the patient from life support, and what is your reaction to assisted suicide, that is the *Sue Rodriguez* case? What do you think?

Mr. Bureau: The Nancy B. case occurred in Quebec City.

Senator Beaudoin: Nancy B., that was in Quebec, yes.

Mr. Bureau: I attended almost the entire trial, if you will, all the proceedings and even spent some time with the family, the lawyers and the judges. Our expertise helped somewhat, at least, in a relatively hidden way, if you will.

I remember the question that was put to the lawyers at that time. The judge asked them: If at one point Nancy B. asked to have the respirator stopped as of a certain time and if she did so in a free and informed manner, and if, despite her consent, the doctor kept her on the respirator, would that constitute an assault on that person, an assault which could result in the possibility of an action for several millions of dollars and so on?

The lawyers conferred and answered: Yes, Your Honour. That means that that would go against the right to refuse treatment and also against the right to have treatment stopped.

Senator Beaudoin: The right to refuse treatment is fairly general now.

Mr. Bureau: To have treatment stopped, yes.

Senator Beaudoin: I believe that is fairly widespread today?

Mr. Bureau: The Nancy B. case helped advance this notion of the right to have treatment stopped.

In addition, Nancy B. did it in an act of love. She could easily have arranged with another physician to die and we would never have known, but I think she did it in order to help advance this notion of the right to have treatment stopped. I believe that was a great act of generosity on her part.

[Texte]

Le sénateur Beaudoin: Dans le milieu juridique, je ne parle pas pour le milieu médical que je connais beaucoup moins que les docteurs Keon et Desmarais, cela ne pose pas trop de questions, l'affaire Nancy B, aujourd'hui.

M. Bureau: Cela en pose sûrement moins.

Le sénateur Beaudoin: Sûrement moins. L'autre question est plus difficile, à savoir, le suicide assisté que certains témoins assimilent (à tort ou à raison, je ne le sais pas, et j'aimerais avoir vos vues) à une forme d'euthanasie parce que c'est tout de même une autre personne qui met un terme à la vie de quelqu'un. Est-ce que vous faites une distinction entre ce suicide assisté, comme dans le cas de madame Rodriguez, et la véritable l'euthanasie.

M. Bureau: J'utiliserai l'expression anglaise ou américaine: «helping in dying», c'est-à-dire que l'on aide le mourir. Si on l'aide en donnant un médicament, je vous dis que c'est sûrement très proche l'un de l'autre à mon point de vue. Il y en a qui font des distinctions. Il y en a qui n'en font pas tellement lorsqu'on a affaire à une personne libre et éclairée et en même temps capable de prendre cette décision.

J'ai rencontré des médecins qui pratique l'euthanasie active. Je me souviens d'un médecin suisse allemand qui aide les gens en phase terminale qui sont à la maison, à mettre fin à leurs jours. Tout à l'heure, j'entendais des expressions comme «meurtre» et «homicide». Personnellement, je suis absolument mal à l'aise avec ces mots-là. Je ne comprends pas que de nos jours on parle même, encore, de mettre fin à la vie. Parce qu'à ce moment-là, c'est un processus de fin de vie. C'est un processus d'agonie.

C'est le cas d'une personne en train de mourir d'un cancer de la langue. La personne pendant presque 10 jours ne fera que d'essayer de respirer. Vous imaginez le spectacle que cela peut donner à son entourage. Cela s'est passé au Québec.

Le sénateur Beaudoin: Vous ne voulez pas que l'on parle de tuer la personne. Quel est le meilleur terme à employer à ce moment-là?

M. Bureau: Je préfère parler de faciliter la mort, parce que c'est dans un processus de mourir. Autant on aide quelqu'un à accoucher, autant on peut assister quelqu'un à mourir. Je pense qu'on peut le faire par des moyens parfois chimiques et médicaux, tout comme on peut le faire par la visualisation.

Ma mère est en fin de vie et j'ai fait d'excellents exercices de facilitation et de visualisation dans le but que, lorsque Dieu viendra la chercher, comme elle le dit, cela se passe assez bien. Je suis sûr que cela va bien se passer. Je n'ai pas le goût que ma mère meure mais je sais que c'est son choix, elle est sur fin de vie. On peut aider les gens à le faire dans la limite de leur choix.

On parle de l'amour inconditionnel comme parfois on parle de l'accompagnement inconditionnel. On est ouvert à cela. C'est la personne qui compte, en autant que vous ne demandez pas des choses qui vont contre vos convictions. Cela devient, un peu, un accompagnement conditionnel. Je suis d'accord avec cela.

[Translation]

Senator Beaudoin: In the legal community — I am not speaking for the medical community, which I am much less familiar with than doctors Keon and Desmarais — the Nancy B. affair doesn't raise too many questions today.

Mr. Bureau: It certainly raises fewer.

Senator Beaudoin: Definitely fewer. The other question is more difficult, and that is whether assisted suicide, which some witnesses associate — rightly or wrongly, I don't know, and I would like your view — with a form of euthanasia because it nevertheless involves one person who puts an end to someone else's life. Do you draw a distinction between this assisted suicide, as in the case of Ms. Rodriguez, and real euthanasia.

Mr. Bureau: I would use the English and American expression, helping in dying, that is to say that we help them in dying. If we help by administering a drug, I would say that the two are definitely very close in my view. There are some who draw distinctions. There are others who do not really when they are dealing with a free and informed person who is also able to make that decision.

I have met physicians who practise active euthanasia. I remember one Swiss German physician who helps terminal patients who are at home put an end to their lives. A moment ago, I heard expressions such as "murder" and "homicide". Personally, I am completely uncomfortable with those words. I don't even understand how we can even still talk about putting an end to someone's life today, because what is involved in an end-of-life process, it is the process of dying.

This is the case of a person who is dying of cancer of the tongue. That person will only spend the last 10 days trying to breathe. Imagine the spectacle that that offers the patient's family. That happened in Quebec.

Senator Beaudoin: You don't want people to talk about killing a person. What is the best term to use then?

Mr. Bureau: I prefer to talk about facilitating death because this is a dying process. Just as we help someone give birth, we can help someone die. I think we can do it sometimes by chemical and medical means, just as we can do it by visualization.

My mother is at the end of her life and I have done excellent facilitation and visualization exercises so that, when God comes to take her, as she says, it will go fairly well. I'm sure it will work out well. I don't want my mother to die, but I know this is her choice; she is at the end of her life. We can help people do it within the limits of their choices.

We talk about unconditional love as we sometimes talk about unconditional care and attention. We are open to that. It is the person who counts, just as long as you do not ask things that go against your convictions. It becomes somewhat of a conditional type of care and attention. I agree with that.

[Text]

Le sénateur Beaudoin: Je vous remercie, cela répond à ma question.

M. Bureau: Je vous remercie.

Le sénateur Corbin: Monsieur Bureau, vous nous avez remis ce «Billet du président» de l'ADMD. Est-ce que vous souscrivez à son contenu?

M. Bureau: Pas complètement, mais c'est un homme que j'admire bien. Monsieur Kénis est un grand chirurgien. Il est oncologue. Il est président de la fédération là-bas. C'est un homme d'au moins 70 ans et il a beaucoup d'expérience.

Je vais vous faire une confidence, si vous me permettez avant les interventions. À la Fédération mondiale des sociétés sur le droit de mourir, tous les médecins que j'ai rencontrés, sans exception, étaient de très grands humanistes. Ils ne feraient pas mal à une mouche. Ce sont des gens remplis d'un respect pour la personne et sa liberté. Tout cela pour vous dire que pour moi, monsieur Kénis, est un grand homme.

Le sénateur Corbin: Par un heureux hasard, vous avez mentionné un mot important, à savoir, humaniste. Je veux vous citer, brièvement, ce passage suivant du premier paragraphe:

... nos voisins hollandais bénéficient de dispositions légales permettant au médecin d'aider un malade à mourir d'une façon humaine, soit par la pratique de l'euthanasie volontaire, soit par l'assistance au suicide ...

Je crois que cet énoncé-là est fautif. Il devrait plutôt être formulé de la façon suivante, et puis là encore, j'ai des réserves: Le médecin devrait aider un malade à mourir; soit par la pratique de l'euthanasie volontaire, soit par la pratique de l'assistance au suicide, et j'ajouterais, de façon humaine.

Ce que l'on dit dans le texte, «d'une façon humaine», au fond cela n'a rien à faire avec ... enfin on pourrait en discuter, c'est peut-être un débat plutôt philosophique. Monsieur Yvon Kénis, l'auteur de ce Billet, propose des dispositions «par l'emploi de techniques humaines», il donne deux choix alors, qu'à mon sens, il y a un troisième choix qui est celui de la voie naturelle.

M. Bureau: La plupart des médecins qui pratique l'euthanasie active ou de l'aide au suicide que j'ai rencontrés, depuis huit ans, n'en font pas une profession. Je pense au docteur Admiral en Hollande qui lui, dans un contexte de soins palliatifs, affirme que 95 p. 100 de ces gens meurent de façon plus naturelle, comme vous dites, et à peu près 5 p. 100 de façon exceptionnelle.

Personnellement, je n'ai pas rencontré de médecins qui sont devenus des spécialistes de l'euthanasie active. La meilleure expression que j'ai cru comprendre, c'est celle de la théorie des systèmes. Au niveau des mathématiques, on fait un rond en parlant des soins pour les mourants et avant cela on faisait un rond à côté, qui était celui de ce que l'on pourrait appeler l'aide au mourir volontaire.

Maintenant, on fait un grand rond pour parler du mourir, dit naturel, et on fait un rond aussi qui comprend aussi un petit rond, peut-être, pour 10 p. 100, pour les gens qui vont embarquer un peu dedans. L'idéal, d'après ce que j'ai cru voir, c'est que l'on

[Traduction]

Senator Beaudoin: Thank you, that answers my question.

Mr. Bureau: Thank you.

Senator Corbin: Mr. Bureau, you have given us this "Note from the President" of the ADMD. Do you subscribe to its content?

Mr. Bureau: Not completely, but he's a man I do admire. Mr. Kénis is a great surgeon. He is an oncologist. He is the president of the federation there. He is a man of at least 70, and he has a great deal of experience.

I'll tell you a confidential story, if you permit, before the questions. At the World Federation of Societies on the Right to Die, all the physicians that I met, without exception, were very great humanists. They would not hurt a flea. They are people full of respect for humankind and human freedom. All that to tell you that, in my view, Mr. Kénis is a great man.

Senator Corbin: By a curious coincidence, you mentioned an important word, humanist. I briefly want to cite the following passage from the first paragraph:

... our Dutch neighbours enjoy legal provisions enabling physicians to assist patients in dying in a humane manner, either through voluntary euthanasia or by assistance in suicide ...

I believe that that statement is false. Instead it should be worded as follows, and even there I have reservations: The physician should help a patient to die either by practising voluntary euthanasia or by providing assistance in suicide, and I would add in a humane way.

What is said in the text, "in a humane way", ultimately has nothing to do with ... Well, we could discuss it; perhaps it's more of a philosophical debate. Mr. Yvon Kénis, the author of this Note, proposes arrangements "through the use of humane techniques"; he then offers two choices, but, in my view, there is a third choice, which is the natural path.

Mr. Bureau: Most of the physicians whom I have met in the past eight years who practise active euthanasia or assisted suicide don't make a profession out of it. I am thinking of Dr. Admiral in Holland who said that, in a palliative care context, 90 per cent of patients die naturally, as you say, and roughly 5 per cent in exceptional circumstances.

Personally, I have not met physicians who have become specialists in active euthanasia. The best expression as far as I have seen is that of the theory of systems. In mathematical terms, we draw a circle in talking about care for the dying and before that we drew a circle to one side, which was for what could be called help in voluntary dying.

Now we draw a large circle to talk about so-called natural dying and we also draw a circle around a small circle for the perhaps 10 per cent of people who want to be inside it. The ideal, from what I can see, is that we hope to see a large circle in which

[Texte]

espère voir un grand rond dans lequel il y aura un petit cercle qui va occuper 5 à 10 p. 100 des cas, peut-être, où il y aura probablement de l'euthanasie active.

Je me souviens du docteur Admiral qui disait qu'il n'y avait pas d'euthanasie active sans que cela se passe dans un contexte de soins palliatifs. Tout comme, selon lui, il ne devrait pas y avoir de soins palliatifs sans qu'il y ait aussi une place pour l'exception qui est celle du droit de mourir d'une façon volontaire par euthanasie ou par suicide.

Le sénateur Corbin: Je vous remercie, monsieur Bureau.

Le sénateur Beaudoin: L'Angleterre et le Royaume-Uni donnent beaucoup d'importance aux soins palliatifs. Rien ne prouve, au contraire, qu'en développant les soins palliatifs au maximum on n'aurait pas réglé le problème dans une bonne mesure. Je suis d'accord que l'on ne le règle pas complètement. On ne peut pas triompher, d'une façon absolue, de la douleur et de la souffrance.

Il y a un témoin qui nous a dit, la semaine passée, que nous devrions suivre l'exemple de l'Angleterre où l'on a développé considérablement les soins palliatifs et que nous devrions continuer dans cette voie-là, afin de soulager les douleurs et la souffrance. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que le problème de l'euthanasie ou du suicide assisté va se poser. Quel est votre réaction à cela? Je ne connaît pas la réponse. Je m'instruis.

M. Bureau: Moi aussi, sénateur Beaudoin. Je vais essayé de chercher avec vous. Un des intervenants qui est venu témoigner devant vous, a parlé des soins palliatifs comme étant la solution. Alors, je m'inscris en faux contre cela. C'est une des grandes solutions, je crois, pour l'accompagnement des mourants mais cela ne sera jamais la solution.

Le sénateur Beaudoin: Ce n'est pas la solution, d'après vous?

M. Bureau: C'est, je crois, une très grande et très noble solution. Mais si l'on veut accompagner tous les mourants dans le respect de leur liberté, leur spiritualité, leurs choix et leurs valeurs, on n'arrivera pas, à mon point de vue, là-dessus.

Je vais même aller plus loin. Ce n'est pas en bâtissant des maisons comme celle de Michel Sarrazin ou des soins palliatifs à l'hôpital Notre-Dame que l'on va y arriver. C'est très bien qu'il en ait mais, à mon point de vue, je ne crois pas que l'on doit instaurer au Québec et au Canada, 2 000 ou 3 000 maisons pour mourants.

Ce qu'il nous faut, ce sont des maisons comme celles-là qui ont quand même de très grands laboratoires et des endroits où on apprend beaucoup et des équipes de soignants dans les hôpitaux. Mais il y a des gens qui veulent mourir dans leur unité. Ils ne veulent pas aller dans des hôpitaux. Je peux vous dire qu'à la Maison Michel Sarrazin à Québec, il y a des gens qui ne veulent surtout pas y mourir. Pourtant, ce sont des endroits excellents. Il y a des gens qui veulent y aller. Mais pour certaines gens, cela n'a aucun sens.

[Translation]

there is a small circle that will hold perhaps 5 to 10 per cent of cases in which there will likely be active euthanasia.

I remember Dr. Admiral who said there was no act of euthanasia outside of a palliative care context, just as, according to him, there should be no palliative care unless there is room for the exception which is the right to die voluntarily through euthanasia or suicide.

Senator Corbin: Thank you, Mr. Bureau.

Senator Beaudoin: England and the United Kingdom attach considerable importance to palliative care. There is no evidence, however, that in developing palliative care to the maximum, we will not solve the problem to a large extent. I agree that we will not solve it completely. We cannot triumph absolutely over pain and suffering.

One witness told us last week that we should follow the example of England where palliative care has been considerably developed and that we should continue along that route in order to relieve pain and suffering. The problem of euthanasia or assisted suicide will not arise in exceptional cases. What is your reaction to that? I don't know the answer. I would like to know.

Mr. Bureau: I would too, Senator Beaudoin. I am going to try to find it with you. One of the speakers who testified before you talked about palliative care as the solution. I would stand up against that. It's one of the great solutions, I believe, in providing special care and attention for the dying, but it will never be the solution.

Senator Beaudoin: It isn't the solution according to you?

Mr. Bureau: I believe it is a very great and very noble solution, but if we want to provide special care and attention to all dying patients in a manner respectful of their freedom, their spirituality, their choices and their values, we will not come to that, I don't think.

I would even go further. It isn't by building houses such as Michel Sarrazin or palliative care units at the Hôpital Notre-Dame that we're going to get there either. It's very good that they exist, but I don't believe we should create 2,000 or 3,000 houses for the dying in Quebec and Canada.

What we need are houses such as those which are also great laboratories and places where people learn a great deal and have teams of caregivers in the hospitals. But there are people who want to die in their units. They do not want to go to hospitals. I can tell you there are people at the Maison Michel Sarrazin in Quebec City who really do not want to die there. These are nevertheless excellent places. There are people who want to go there, but for some people, it makes no sense.

[Text]

Donc l'important, à mon point de vue, c'est de voir à ce qu'il y ait des unités pour eux dans les établissements. Parce qu'il n'y a quand même rien de sorcier à aider quelqu'un à mourir, cela se fait quand même depuis des milliards d'années. Il ne faut pas croire qu'il nous faudrait des «mourologues» pour accompagner les gens qui meurent.

Le sénateur Beaudoin: Est-ce que le terme existe?

Mr. Bureau: Je ne le sais pas. Mais, je crois que ces gens-là peuvent aider. Il faut que chaque unité soit formée et mise à jour pour l'accompagnement des mourants.

On ne doit pas faire ce que l'on a fait, à un moment donné, dans le monde de l'éducation où l'on a fait accroire que les professeurs n'étaient plus bons et qu'il nous fallait des grands spécialistes, pourtant il y avait des professeurs qui étaient là depuis 25 ou 30 ans et ils avaient une expertise.

Les gens qui sont dans les hôpitaux sont capables. C'est donc là qu'il faut investir dans une formation, une mise à jour et la création d'unités capables d'aider les gens à mourir et de voir à ce qu'il y ait dans chaque région, via les CLSC, un mourir à domicile qui se fasse. Je pense à Saint-Basile-le-Grand et à d'autres endroits où mourir et la mort n'est plus un mystère. Cela coûte presque rien.

Il y a une multitude d'infirmières à la retraite qui sont très intéressées à aider et cela se passe bien. D'après moi, c'est pour cela qu'il ne faut pas développer les soins palliatifs mais il faut qu'il y en ait suffisamment pour que ces gens-là deviennent des phares pour éclairer tous les groupes travaillant dans des hôpitaux, CLSC ou autres. Ils en ont la compétence et surtout s'ils travaillent en équipe multi, ils pourront vraiment accompagner suffisamment humainement les gens. Je n'ai aucun doute là-dessus.

Le sénateur Beaudoin: Nous, comme législateurs, allons être obligés de considérer le problème quand même. Vous nous dites que ce n'est pas la solution. C'est une des solutions.

Mr. Bureau: Oui, sénateur Beaudoin. Est-ce qu'au Québec on devrait construire 50 maisons comme Michel Sarrazin? Ou, est-ce que chaque ville et village devrait avoir sa maison pour les mourants?

Le sénateur Lavoie-Roux: Il va commencer à en avoir pas mal.

Mr. Bureau: Il y en a déjà pas mal. Il y a des gens qui se posent de grandes questions. Personnellement, je crois qu'il devrait y en avoir suffisamment dans chaque province pour être des phares. À mon point de vue, le grand développement se base beaucoup plus sur le mourir à domicile.

Senator DeWare: I have two questions. First, will a living will stand up in court, if contested by the family?

Mr. Bureau: À l'heure actuelle il y a l'Ontario, le Manitoba et d'autres provinces qui ont déjà une loi spécifique sur le sujet et d'autres provinces se préparent à le faire, c'est ce que l'on a entendu parler. Au Québec, il n'y a pas de loi spécifique sauf l'article 12 du Code civil qui dit que toute personne qui décide à

[Traduction]

So the important thing in my view is to ensure that there are units for them in the institutions because there is nothing difficult in helping someone die; that's been done for billions of years. We shouldn't think we need "deathologists" to care for people who are dying.

Senator Beaudoin: Does the term exist?

Mr. Bureau: I don't know, but I believe these people can help. Each unit must be formed and updated in order to provide special care and attention for the dying.

We must not do what was done at one point when it was suggested that teachers were no longer any good and that we needed great specialists, even though there were some teachers who had been around for 25 or 30 years and had expertise.

The people in the hospitals are capable. So it's there that we should invest in training, updating and creating units capable of helping people die and that we would ensure through the CLSCs in each region that a die-at-home service is provided. I am thinking of Saint-Basile-le-Grand and other places where dying and death are no longer a mystery. That costs virtually nothing.

There are any number of retired nurses who are very interested in helping and that's working out well. In my opinion, that's why we must not develop palliative care, but there must be enough so that these people become beacons for all the groups working in the hospitals, CLSCs and other institutions. They have the skills and, in particular, if they work in multidisciplinary teams, they will really be able to provide sufficiently humane care for people. I have no doubt about that.

Senator Beaudoin: As legislators, we are going to be required to consider the problem all the same. You're telling us that it is not a solution. It is one of the solutions.

Mr. Bureau: Yes, Senator Beaudoin. Should 50 houses like Michel Sarrazin be built in Quebec? Or should every city and town have its own hospice for the dying?

Senator Lavoie-Roux: There are going to be quite a few.

Mr. Bureau: There are already quite a lot. There are people who are asking major questions. Personally, I believe there should be enough in each province to act as beacons. In my view, the major development should be based much more on dying at home.

Le sénateur DeWare: J'ai deux questions à poser. Premièrement, un tribunal confirmerait-il la validité d'un testament biologique s'il était contesté par la famille?

Mr. Bureau: At present, Ontario, Manitoba and other provinces already have specific statutes on the subject, and other provinces are preparing them. That is what we have heard. There is no specific statute in Quebec apart from article 12 of the Civil Code, which provides that every person who decides in someone

[Texte]

la place de quelqu'un d'autre doit le faire dans le seul intérêt de la personne et en tenant compte des volontés déjà exprimées. Quant à nous, cela vient reconnaître la grande valeur légale de ce formulaire-là.

Mais, c'est un formulaire. Ce ne sont pas des formulaires qui vont venir dire aux professionnels comment accompagner des mourants. Tous ces formulaires-là sont importants, peu importe, peu importe qu'il s'agisse d'un consentement ou d'un refus. L'équipe doit être là pour assurer que ces formulaires et ces mandats ont bien été faits. Elle doit s'assurer que la personne était apte, libre et bien éclairée.

On a vu des gens qui ont signé des mandats, des testaments biologiques ou qui ont même accepté des opérations qui n'avaient aucun sens, ou qu'ils les ont refusées. On se demande ce qui s'est dit et ce qui s'est fait. C'est là l'importance d'une équipe multidisciplinaire où on risque d'avoir un nez qui va dire que ces formulaires-là sentent bons. Donc, il ne faut pas donner des absolus.

Les consentements et les refus ne sont que des moyens. L'objectif de la loi c'est de protéger l'inviolabilité de la personne. Ce n'est pas d'avoir un consentement. On a eu beaucoup de consentements comme on a eu bien des refus. On se disait que cela était correct parce que quelqu'un avait signé le consentement.

Comme je l'ai dit déjà à plusieurs chirurgiens lors de congrès, l'important pour l'équipe de soignants ou comme chirurgien quand ils opèrent, c'est de vous demander si vous êtes en train de violer cette personne dans son intégrité et sa dignité.

C'est cela la seule question. Ce n'est pas de se demander s'il y a eu un consentement de signé, s'il y avait un testament biologique ou s'il y avait un mandataire qui a dit, oui.

Plus on est de groupes de professionnels plus, je pense, on est en mesure de protéger les intérêts de la personne.

Senator DeWare: Is there not a tremendous increase in the numbers of people that feel that this is the way to go today? I know that a lot of my friends tell me that they are taking out living wills. Is there not a huge increase in that over the last year or so?

M. Bureau: Oui, sénateur DeWare. J'entendais tout à l'heure quelqu'un parler des gens qui souffraient de la maladie d'Alzheimer. Il y a des gens maintenant qui, quand ils commencent à souffrir de la maladie d'Alzheimer, ne savent pas comment cela risque de devenir. Ils font un testament biologique. Le testament biologique, c'est un outil. L'important c'est la communication c'est l'expression.

Il faut que les gens parlent avec leurs proches et avec ceux qui vont, peut-être, prendre des décisions à leur place avec leur médecin, leurs infirmières et la famille. C'est cela qui est important. De plus, il faut qu'ils utilisent des outils comme le testament biologique écrit. Il y en a d'autres qui, parce qu'ils ne savent pas lire et écrire, ont demandé à leur petit-fils, pour exprimer leur volonté, de faire un vidéo qui sera là, au cas où ils deviendraient confus. Il y en a qui ont fait faire des cartes qu'ils mettent dans leur portefeuille. Aux États-Unis, il y en a qui ont

[Translation]

else's stead must do so solely in the interests of that person and taking into account wishes already expressed. In our opinion, this acknowledges the great legal value of this form.

But it's a form. It's not forms that are going to tell professionals how to care for the dying. All those forms are important, regardless of whether they concern consent or refusal. The team must be there to ensure that those forms and powers of attorney are properly completed. It must ensure that the person is capable, free and well-informed.

We have seen people sign powers of attorney, living wills or who even agreed to operations that made no sense, or who refused to undergo them. You wonder what was said and what was done. That is why it is important to have a multidisciplinary team or you risk having a nose that will say those forms smell good. So you should not set absolutes.

Consents and refusals are only means. The object of the act is to protect the inviolability of human beings. It is not to obtain consent. We have had a lot of consents just as we have had many refusals. People have said it was all right because someone had signed the consent form.

As I have already told a number of surgeons at conferences, the important thing for the team of caregivers or for surgeons when they operate is to ask themselves whether they are violating that person's integrity and dignity.

That's the only question. It's not to ask whether a consent form was signed, whether there was a living will or whether there is someone with power of attorney who said yes.

The more groups of professionals there are, the more I think we are able to protect the interests of the person concerned.

Le sénateur DeWare: N'y a-t-il pas une augmentation considérable du nombre de gens qui estiment que c'est la voie à suivre? Un grand nombre de mes amis m'ont dit qu'ils faisaient des testaments biologiques. Ce mouvement n'a-t-il pas connu un essor phénoménal depuis environ un an?

Mr. Bureau: Yes, Senator DeWare. A moment ago, I heard someone talk about people who were suffering from Alzheimer's disease. There are people now who, when they begin to suffer from Alzheimer's, do not know how it may turn out. They make a living will. The living will is a tool. The important thing is communication, expression.

People have to talk with those closest to them — and with those who may make decisions for them — with their doctor, their nurses and their family. That's what is important. In addition, they must use tools such as the written living will. There are others who, since they don't know how to read and write, have asked their grandson to express their wishes, to make a video that will be there in case they become confused. There are those who have had cards made which they put in their wallets. In the United States, some people have had the words "Do not

[Text]

fait tatouer sur leur poitrine, «do not reanimate». Il y en a qui ont des bracelets pour indiquer leur volonté. Ce sont des formes d'expression que les gens utilisent.

Le gouvernement fédéral et même les gouvernements provinciaux et les ministères de la Santé et même la Société d'assurance automobile du Québec devraient inviter les gens à le faire. Cela devrait être fait de façon très diplomate.

Je vous donne un exemple. Un jeune de 35 ans avait un cancer au cerveau, on lui a dit de ne pas s'inquiéter, que tout irait bien. En blague, je dis que quand on nous dit cela à l'hôpital, c'est à ce moment-là que l'on devrait s'inquiéter! Donc, on lui a dit qu'il y avait peut-être 3 à 4 p. 100 de chances que l'opération ne réussisse pas.

Mais, cela n'a pas bien été. La personne s'est retrouvée un «légume». On n'a pas profité de la compétence de la personne, de sa capacité de dire au chirurgien, au médecin ou à la famille, jusqu'où on devrait aller si cela ne marchait pas. Je pense que cela aurait été de lui faire honneur et respect que de lui demander.

On a eu des dilemmes d'éthique par après. La famille s'est chicanée et se chicane encore. Il y a des chicanes entre les professionnels et on ne sait plus jusqu'où aller.

J'espère que nos gouvernements et nos ministères de la Santé vont que l'on se donner une culture. Si j'étais chirurgien et que j'avais à faire une opération majeure où il y a des risques, j'aimerais mieux en parler avec la personne et lui demander si elle en a parlé avec son médecin traitant et avec ses proches. Je lui demanderais si elle aimerait en parler avec une travailleuse sociale ou un psychologue pour faire le point au cas où l'opération ne marcherait pas.

Toutes les personnes à qui on a parlé de cette façon-là, j'en suis certain, se sont senties respectées. Cet incident s'est passé dans la Beauce. La majorité des gens ont fait soit des mandats ou des testaments biologiques ou des notes au dossier ou tout au moins en ont parlé. Personne n'a refusé d'en parler. Au contraire, ce sont les verticaux qui ne veulent pas parler de la mort et du mourir. Les horizontaux sont beaucoup plus prêts à le faire.

Senator DeWare: Do you feel that by leaving the law in place, the government can develop guidelines that would help our physicians feel comfortable, under controlled and humane conditions, to give euthanasia?

M. Bureau: Oui, mais je reviens peut-être à ma première intervention.

Si l'on ne décriminalise pas, il pourrait y avoir une phrase ou un paragraphe concernant «l'aide au suicide» ou «la non-assistance à quelqu'un qui va mourir».

Là, je me dis qu'il faut poursuivre et condamner des gens qui ne le font pas.

Pour les personnes en fin de vie, en processus de mourir, lorsqu'il y a euthanasie ou aide à l'auto-euthanasie, pourquoi ne pas écrire que c'est encore reconnu comme étant criminel. Pour

[Traduction]

reanimate" tattooed on their chests. Others have bracelets made to indicate their wishes. These are forms of expression which people are using.

The federal government and even the provincial governments and departments of health and even the Société d'assurance automobile du Québec should invite people to do the same. This should be done very diplomatically.

I'll give you an example. A young man of 35 had brain cancer. He was told not to be concerned, that everything would be fine. As a joke, I say that when they tell you that in a hospital, that's when you should start being concerned. So he was told that there was perhaps a 3 to 4 per cent chance the operation would not be a success.

But things didn't work out. The man became a "vegetable". No one took advantage of that person's competence, of his ability to tell the surgeon, the physician or his family just how far they should go if the operation did not succeed. I think that asking him would have been to honour and respect him.

Ethical dilemmas followed. The family fought and is still fighting. There are disputes among professionals and no one knows how far to go.

I hope that our governments and our departments of health will want to establish a culture. If I were a surgeon and had to conduct a major operation in which there were risks, I would prefer to talk about it with the person concerned and to ask him if he had talked about it with his attending physician and his family. I would ask him if he wanted to talk about it with a social worker or a psychologist in order to settle matters in case the operation was not successful.

I am sure that everyone who has been spoken to in this way has felt respected. This incident occurred in Beauce. Most people have either made powers of attorney or living wills or notes in the file or at least have spoken about their wishes. No one refused to talk. On the contrary, it's the healthy ones who don't want to talk about death and dying. The sick are much more prepared to do so.

Le sénateur DeWare: Pensez-vous qu'en laissant la loi telle quelle, le gouvernement peut établir des lignes directrices qui aideront nos médecins à pratiquer l'euthanasie, sans qu'ils ne soient placés dans une situation inconfortable, dans des conditions contrôlées et humaines?

Mr. Bureau: Yes, but perhaps I'm returning to my first remark.

If the government does not decriminalize, there could be a sentence or a paragraph concerning "assistance in suicide" or "non-assistance to someone who is dying".

There I feel people who do not do so should be prosecuted and convicted.

For people who are at the end of their lives and in the process of dying, when there is euthanasia or assistance in self-euthanasia, why not write that this is still recognized as criminal. As for the

[Texte]

le reste, je demande l'aide des linguistes. Cependant, l'on ne peut plus laisser passer des mots comme «tuer, homicide» et «meurtre». Il n'est plus acceptable d'utiliser encore de tels mots dans de telles circonstances.

Pour moi, donc, cela devrait demeurer au Code criminel mais dans une phrase où l'on dit vraiment les vrais mots: phase terminale, processus de mourir, agonie. On va tolérer cela.

Pour que le médecin soit confortable, (je l'ai déjà dit à plusieurs médecins pour les aider car ce n'est pas facile les questions de vie et de mort) les mêmes critères pourraient s'appliquer à une équipe multidisciplinaire de sorte que le médecin pourrait poser l'acte mais qu'il ne le ferait pas seul.

Je pense que c'est une garantie aussi pour lui si quelqu'un lui demande de penser à l'euthanasie ou à l'accompagnement au suicide pour faciliter les choses. D'accompagner quelqu'un qui meurt, même si l'on utilise l'euthanasie active, ce n'est pas une situation de facilité, du moins dans les cas que j'ai connus.

Ceux qui l'on fait, comme d'autres qui l'on accompagné dans une mort plus naturelle, ne dorment pas tellement bien la nuit où cela se passe. Cela demande beaucoup d'énergie. Le médecin qui prend la chance seul d'accompagner ainsi des gens met sa propre vie et sa santé en danger et risque de souffrir d'un «burn out» ou de se sentir coupable ou d'avoir à prendre des pilules ou de la boisson pour dormir. Peut-être aussi comme c'est le cas chez certains médecins, de penser à se suicider.

Elles sont énormes les questions de vie et de mort. Peu importe la façon que cela se passe. À mon point de vue, c'est en équipe que l'on doit accompagner des gens parce que c'est une très grande responsabilité.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Bureau. That was helpful to us all.

M. Bureau: Je vous remercie. Ce fut un plaisir pour moi aussi dans un contexte, je pense, où les gens ont besoin de beaucoup d'accompagnement afin d'être prêts et que tout ce passe de façon très humaine.

Comme le disait le docteur Boisvert, la personne qui devient mourante, avec sa grande sagesse, son grand jugement et aussi son sens de la responsabilité est la lumière principale. Si l'on retient cela, on réussira à faire un accompagnement ayant des traits humains, aussi.

Alors, je vous remercie beaucoup de m'avoir écouté.

La présidente: Je vous remercie, monsieur Bureau.

The Chairman: Our final witnesses today will be representatives from the Ontario Palliative Care Association. We have with us Mrs. Shari Douglas, president of the association; and Dr. James McGregor, a member of the association board and cross-appointed from the Ontario Medical Association's section on palliative care.

Dr. James McGregor, Board Member, Ontario Palliative Care Association: Madam Chair, thank you very much for this opportunity to speak to the special Senate committee.

[Translation]

rest, I would need the help of linguists. However, we can no longer allow the words "kill", "homicide" and "murder" to be used. It is no longer acceptable to use these words in these circumstances.

So in my opinion, that would remain in the Criminal Code, but in a sentence that really uses the real words: terminal phase, process of dying, dying. We will tolerate that.

For the physician to be comfortable — I have already said it to a number of physicians to help them because matters of life and death are not easy — the same criteria could apply to a multidisciplinary team so that the physician could do the act, but would not do it alone.

I think that this is a guarantee for the physician as well, if someone asks him to consider euthanasia or assistance in suicide in order to facilitate matters. Helping someone who is dying, even if it means using active euthanasia, is not an easy situation, at least in the cases I have experienced.

Those who have done it, like others who have cared for people who have died a natural death, do not sleep all that well the night it happens. It requires a great deal of energy. Physicians who take the chance of attending to patients in this way alone endanger their own lives and health and risk suffering burn-out or feelings of guilt or having to take pills or drink in order to sleep, or perhaps, as is the case with certain physicians, thinking of suicide.

Questions of life and death are enormous, regardless of how things work out. In my opinion, the dying must be cared for by teams because this is a very great responsibility.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Bureau. Votre témoignage nous a été très utile.

Mr. Bureau: Thank you. It was also a pleasure for me in a context in which I believe people need a great deal of special care and attention in order to be prepared and so that the event takes place in a very humane way.

As Dr. Boisvert said, in his great wisdom, his great judgment and also his great sense of responsibility, the person who is dying is the main beacon. If we remember that, we will be able to provide special care with a human face as well.

Thank you very much for listening to me.

The Chairman: Thank you, Mr. Bureau.

Nos derniers témoins d'aujourd'hui sont les représentants de l'Association des soins palliatifs de l'Ontario. Il s'agit de M^{me} Shari Douglas, présidente de l'Association, ainsi que du D^r James McGregor, membre du conseil d'administration de l'Association et également représentant de la Division des soins palliatifs de l'Association médicale de l'Ontario.

D^r James McGregor, membre du conseil d'administration, Association des soins palliatifs de l'Ontario: Madame la présidente, merci beaucoup de nous avoir invités à comparaître devant le comité spécial du Sénat.

[Text]

To begin, I will lay some background into what the Ontario Palliative Care Association is so you would have some understanding of our mandate. If you refer to the brief, it is all included in the brief that we forwarded.

The Ontario Palliative Care Association has been in existence for about 10 years and has a wide-ranging membership of professionals, nurses, physicians, social workers, clergy, as well as volunteers, who have been directly involved or have experienced palliative care. It is an interdisciplinary association.

The beliefs of the association are that palliative care should be accessible to all individuals and families faced with what are illnesses no longer responsive to curative treatment.

We consider the physical, spiritual, psychological, and social dimensions of the person. We provide support to the individuals and families facing death and bereavement.

The mission of the Ontario Palliative Care Association is to be a supportive forum for its members and a coherent voice for palliative care in Ontario. The goals include support to its members and to encourage the development and expansion of palliative care services in Ontario. We attempt to achieve these goals by providing education and development opportunities, facilitating communication, and acting as liaison between local, regional, provincial and national palliative care providers.

Health and Welfare Canada in 1987 developed a palliative services guideline. In this document, palliative care was defined as:

...a program of active, compassionate care primarily directed towards improving the quality of life for the dying. It is delivered by an inter-disciplinary team that provides sensitive and skilled care to meet the physical, psychosocial, and spiritual needs of both the patient and the family.

The key is the fact that we deliver to the patient and family.

The principles of good palliative care are outlined in this government document. Unfortunately, guidelines have not led to the development of standards and policies at a federal level, which I understand often happens after the development of guidelines. The Canadian Palliative Care Association, with input from several groups including the OPCA is presently formulating such standards and they should be ready by the fall.

It is the belief of the Ontario Palliative Care Association that what is needed is not legalization of euthanasia or assisted suicide, but the provision of palliative care to help relieve the suffering of those faced with death from a life-threatening disease.

[Traduction]

Tout d'abord, je vais vous décrire brièvement l'Association des soins palliatifs de l'Ontario pour que vous compreniez un peu quel est notre mandat. Celui-ci est énoncé en détail dans le mémoire que nous vous avons fait parvenir.

L'Association des soins palliatifs de l'Ontario, créée il y a une dizaine d'années, compte parmi ses membres des personnes qui représentent des domaines différents, comme des professionnels de la santé, des infirmières et infirmiers, des médecins, des travailleurs sociaux, des membres du clergé, ainsi que des bénévoles, et qui ont travaillé directement dans le secteur des soins palliatifs ou qui en ont une expérience. Il s'agit d'une association pluridisciplinaire.

De l'avis de l'Association, les soins palliatifs devraient être accessibles à toutes les personnes atteintes de maladie incurable ainsi qu'à leur famille.

Nous tenons compte des aspects physique, spirituel, psychologique et social de la personne. Nous offrons un soutien aux personnes et aux familles confrontées à la mort et à la perte d'un être cher.

L'Association des soins palliatifs de l'Ontario a pour mission d'offrir une tribune de soutien à ses membres et de défendre de façon cohérente les soins palliatifs dans la province. Ses objectifs consistent entre autres à soutenir ses membres et à favoriser la mise en place et l'expansion de services de soins palliatifs en Ontario. Nous nous efforçons de remplir notre mandat en offrant des possibilités d'éducation et de perfectionnement, en favorisant la communication et en faisant office d'agent de liaison entre les organismes offrant des soins palliatifs aux niveaux local, régional, provincial et national.

En 1987, Santé et Bien-être social Canada a élaboré des lignes directrices sur les services de soins palliatifs. Dans ce document, on définit les soins palliatifs comme étant :

...un programme de soins actifs et humains destinés en premier lieu à améliorer la qualité de vie des mourants. Ce programme est offert par une équipe pluridisciplinaire qui dispense des soins avec sensibilité et compétence afin de satisfaire les besoins physiques, psychosociaux et spirituels, tant des mourants que de leur famille.

L'essentiel, c'est que nous offrons nos services au patient et à sa famille.

Les principes des soins palliatifs de qualité sont définis dans ce document du gouvernement. Malheureusement, comme c'est souvent le cas, paraît-il, ces lignes directrices n'ont pas abouti à l'élaboration de normes et de politiques au niveau fédéral. L'Association canadienne des soins palliatifs, avec la participation de plusieurs groupes, notamment le notre, se charge actuellement d'élaborer ces normes, lesquelles devraient être prêtes d'ici l'automne.

L'Association croit qu'il n'est pas nécessaire de légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté, mais qu'il faut plutôt offrir des soins palliatifs afin de soulager les souffrances de tous ceux qui sont atteints d'une maladie incurable.

[Texte]

Jan Stjernsward, Chief of the World Health Organization cancer and palliative care unit in Geneva, Switzerland, in a keynote address given at the Canadian Palliative Care Conference in Winnipeg in September, 1993, presented a clear message that the subject of legalization of euthanasia should not be discussed until palliative care is available to all.

The committee is charged to examine the issues of euthanasia and assisted suicide with particular attention to the social, ethical and legal concerns. We will attempt to address these from our perspective, starting first with the social issues.

It has been said that the true measure of a caring society is seen in the way it treats its most frail members. Dying people are amongst the most frail and vulnerable. They have a right to society's care and protection. It has been reported by Harry van Bommel that only five per cent of dying patients in Canada receive palliative care. This does not just apply to under-served areas. There are major centres where palliative care is not available to all of the people who require it.

It is society's responsibility through government, health care planners, professional organizations, and health professions to provide the resources to ensure a system of intensive caring for dying patients and their families. This necessitates the development of the field of palliative care to ensure that the appropriate expertise is widely and readily available as well as accessible to all.

The concept of euthanasia is a superficial and perhaps simplistic response to the problem of human suffering. It does not address in a caring way the problems of loneliness and poor quality of life. It does not solve the problems of intractable pain and suffering. In fact, with present expertise, almost all physical and symptomatic effects of a terminal or life-threatening illness can be relieved. However, it is unfortunate that Canadians continue to die in pain because this expertise is not available to them.

We do not feel that euthanasia and assisted suicide adequately address the complex issues of suffering. In fact, we have no good way to measure suffering. What is suffering to me may not be suffering to you. Perhaps what is needed is some research into what suffering actually is for individuals and the whole scope of the problem, so that we can begin to address it on a more global or whole-person manner.

Dr. John Scott has described that the request for euthanasia is more often a cry for validation of life and life's purpose and meaning. We all spend time thinking about what the meaning and purpose of our life is. When we are faced with a life-threatening illness, we often review what our life has meant to people. We may even question whether it is still of value. It is a challenge to find the value in our lives sometimes, for those of us who are well, let alone those of us who are suffering.

[Translation]

Dans une allocution faite lors de la Conférence canadienne sur les soins palliatifs, tenue à Winnipeg en septembre 1993, Jan Stjernsward, chef du Service de cancérologie et de soins palliatifs de l'Organisation mondiale de la santé, à Genève, Suisse, a déclaré clairement qu'il ne faut pas aborder la question de la légalisation de l'euthanasie tant que des soins palliatifs ne seront pas disponibles pour tous.

Le comité a pour mandat d'étudier les questions de l'euthanasie et du suicide assisté en portant une attention particulière aux aspects sociaux, moraux et juridiques du problème. Nous allons essayer de présenter notre point de vue sur ces trois aspects, en commençant par les questions sociales.

On dit que la vraie mesure d'une société humanitaire est liée à sa façon de traiter ses membres les plus faibles. Les mourants font partie des plus faibles et des plus vulnérables. Ils ont droit aux soins et à la protection de la société. Selon Harry van Bommel, 5 p. 100 seulement des mourants reçoivent des soins palliatifs au Canada. Cette situation n'existe pas uniquement dans les régions mal desservies, mais aussi dans quelques grands centres où toutes les personnes qui les demandent n'ont pas accès aux soins palliatifs.

Il incombe à la société, par l'entremise du gouvernement, des planificateurs des soins de santé, des organismes professionnels et des professionnels de la santé, d'offrir les ressources nécessaires pour assurer un système de soins intensifs à l'intention des mourants et de leur famille. À cette fin, il faut développer le secteur des soins palliatifs afin de s'assurer que les compétences voulues soient facilement disponibles et accessibles à tous.

Le principe de l'euthanasie constitue une réponse superficielle et simpliste au problème de la souffrance humaine. Il ne traite pas de façon humanitaire les problèmes de la solitude et de la mauvaise qualité de vie. Il ne résout pas les problèmes que posent la douleur et la souffrance tenaces. En fait, grâce aux progrès de la médecine, il est possible de soulager pratiquement tous les effets physiques et symptomatiques d'une maladie incurable ou mortelle. Malheureusement, toutefois, des Canadiens continuent de mourir dans la souffrance car ils n'ont pas accès à ces moyens.

À notre avis, l'euthanasie et le suicide assisté ne constituent pas une réponse satisfaisante aux questions complexes de la souffrance. En fait, il n'existe pas de bonne façon de mesurer la souffrance. Ce qui me semble à moi douloureux ne l'est pas nécessairement pour vous. Il faudrait peut-être effectuer des recherches sur ce que représente vraiment la souffrance pour les êtres en tenant compte de tous les aspects du problème, ce qui nous permettra de nous y attaquer plus globalement ou selon un principe holistique.

Selon le Dr John Scott, la demande d'euthanasie est plus souvent un cri visant à prouver l'importance de la vie, de son objet et de son sens. Il nous arrive à tous de penser au sens et au but de notre vie. Lorsque nous sommes confrontés à une maladie qui risque de nous être fatale, nous réfléchissons souvent au sens de notre vie par rapport aux autres. Il se peut même nous nous interrogeons sur sa valeur. Il n'est pas toujours facile, à ceux d'entre nous qui sommes en bonne santé, et encore moins à ceux qui souffrent, de reconnaître la valeur de notre vie.

[Text]

The position that we need to validate life is substantiated by many cases where, with appropriate attention to physical as well as to psychospiritual pain, the request for euthanasia has become a non-issue. I have had this happen personally in my experience practising palliative medicine. The patient, in the final stages of living, has gone on to find new meaning out of the darkness of despair through the shared journey of exploration of meaning and reinforcement of their value as individuals.

It may be that those patients requesting euthanasia or assisted suicide in fact are suffering from a clinical depressive illness. This view is supported by Brown et al. in the *American Journal of Psychiatry* in 1986 and further substantiated recently by another article in the *American Journal of Psychiatry* in April, 1994 by Chochinov who states that euthanasia may be a:

...desperate and final response to suffering but less desperate measures would be required if more attention, care and resource allocation were devoted to palliative medicine and to the understanding of all dimensions of human suffering in the face of imminent death.

Regarding ethical issues, ethical decision-making and setting goals of treatment in consultation with patients and families is an integral part of palliative care. There needs to be careful and appropriate consideration of the clinical context and, with consistency and planning around the goals and wishes of the patient, non-initiation and cessation of life-prolonging treatments may be part of palliative care. The burdens of treatments at times may outweigh their benefit for the patient. In such situations, non-initiation or cessation of futile treatment improves quality of life and relieves suffering. A balance might be struck between beneficence, respect for patient autonomy, justice and non-maleficence.

Although cessation and non-initiation of treatment have been considered as "passive euthanasia", in fact, we believe they simply represent non-interventionist actions, allowing the natural history of the illness to progress. These acts are not considered to be euthanasia or assisted suicide.

Arguments have been put forward that euthanasia would ensure the dignity of the individual would remain intact. The *Webster's New Collegiate Dictionary* definition of dignity is:

the quality or state of being worthy, honoured or esteemed, that is to be regarded highly or to set a high value on.

It seems contradictory to use the term euthanasia in the same sentence with the term dignity, as taking of a life devalues that life and its meaning. True meaning has little to do with incontinence or physical dependence on others and everything to do with the whole person, including the spiritual dimension. Palliative care puts high value on each patient and family.

Society has long supported the value of life and the value of the individual in the context of the whole of society. A recent disturbing trend has been to value individual autonomy more than the good of the whole. It seems that the push for euthanasia and

[Traduction]

L'idée qu'il nous faut justifier la valeur de la vie est étayée par de nombreux exemples où, grâce à l'attention portée à la souffrance physique ainsi que psychospirituelle, la demande d'euthanasie n'est plus justifiée. J'ai vécu personnellement cette expérience en exerçant la médecine palliative. Le malade en phase terminale est parvenu à donner un nouveau sens au désespoir le plus sombre grâce à cette exploration conjointe du sens de la vie et à l'affirmation de sa valeur personnelle.

Il est possible que les patients qui demandent l'euthanasie ou le suicide assisté souffrent en fait de dépression clinique. C'est le point de vue que Brown et autres ont exprimé dans un article publié dans l'*American Journal of Psychiatry* en 1986; dans un récent article paru dans la même revue, en avril 1994, Chochinov réaffirme cette opinion en déclarant que l'euthanasie peut être une

...réaction désespérée et finale à la souffrance, mais que des mesures moins désespérées seraient nécessaires si l'on consacrait davantage d'attention, de soins et de ressources à la médecine palliative et à la compréhension de tous les aspects de la souffrance humaine lorsqu'on est confronté à une mort imminente.

En ce qui concerne les questions morales, la prise de décisions morales et l'établissement d'objectifs de traitement en consultation avec les patients et leur famille font partie intégrante des soins palliatifs. En tenant compte attentivement du contexte clinique et en planifiant de façon cohérente les objectifs et les souhaits du patient, les soins palliatifs peuvent comprendre la non-administration et l'interruption des traitements visant à prolonger la vie. Il peut arriver que le traitement soit trop dur pour le patient par rapport à l'avantage qu'il en retire. Dans ce cas, l'absence ou l'arrêt d'un traitement inutile améliore la qualité de vie et soulage la souffrance. Il faut trouver un juste équilibre entre les bienfaits du traitement, le respect de l'autonomie du patient, la justice et le non-préjudice.

Même si l'on considère que l'absence ou l'arrêt de traitement constitue une forme d'«euthanasie passive», en fait, il s'agit simplement de mesures non interventionnistes qui permettent à la maladie d'évoluer naturellement. Ces mesures ne sont pas considérées comme étant de l'euthanasie ou un suicide assisté.

Des arguments ont été avancés à l'effet que l'euthanasie assurerait l'intégrité de la dignité de la personne. Selon le dictionnaire *Petit Robert*, la dignité est définie comme:

le respect que mérite quelqu'un, le principe selon lequel un être humain doit être traité comme une fin en soi.

Il semble contradictoire d'utiliser les mots euthanasie et dignité dans la même phrase, car l'enlèvement d'une vie dévalue cette dernière et lui ôte tout sens. Son vrai sens n'a pratiquement rien à voir avec l'incontinence ou la dépendance physique et est directement lié à tout ce qui fait l'être humain, notamment sa dimension spirituelle. Les soins palliatifs accordent une grande valeur à chaque patient et à sa famille.

La société a toujours défendu la valeur de la vie et le rôle de l'être humain par rapport à l'ensemble de la société. Selon une tendance récente et troublante, on accorde plus de valeur à l'autonomie de la personne qu'au bien de l'ensemble de la société.

[Texte]

assisted suicide reflects this trend, that the part is greater than the whole. Although individual autonomy is important, perhaps of greater importance might be the autonomy of the whole. Society has a responsibility to protect the whole. Euthanasia and assisted suicide may devalue human life and thus all of society.

Respect for life is one of the key principles in society. It is important that the frail in society continue to feel valued. Legalizing euthanasia infers the deliberate ending of life is acceptable in certain circumstances and that life is viewed as being of little value in those circumstances.

Frail, dependent and vulnerable people often feel valueless and that they are an undue burden on those who love and care for them, perhaps even on society, as some patients have said to me. Such persons may feel compelled to request euthanasia should it be legalized. The question is, are they doing it for the proper reasons, from what they personally value as opposed to what they feel is the value of other people. Society would have failed them and perhaps truly devalued their existence.

There is an importance to the autonomy of society to maintain the prohibition against killing people, even in extenuating circumstances. There is precedent to believe that in spite of controls and safeguards, euthanasia can be abused, the result being involuntary euthanasia.

Physicians are bound by the principles of the Hippocratic oath to do no harm and to administer no lethal medicine. Assisted suicide would erode the guiding ethical principles of medicine. Beneficence and non-maleficence are essential in the practice of medicine. An important basis of trust in the doctor-patient relationship is that patients trust their physicians to do no harm. It may be that euthanasia and assisted suicide may well undermine this trust, interfering with the doctor-patient relationship and with open and honest communication with the patient and the physician.

Euthanasia and assisted suicide are contrary to the basic respect for human life which is at core of societal values.

The next topic is legal issues. I am no expert on legality, so I enter this area with trepidation.

As discussed earlier in this brief, patients facing a terminal illness may suffer from depression as a result of their illness or other life circumstances. They are not having their illness in a vacuum. They are having their illness intercurrent with many other issues going on. When you have a life-threatening illness or a terminal illness, if you had depression before, your life-threatening illness does not cure your depression. If you are having marital problems and become depressed as a result, your life-threatening illness does not cure your depression. It may be

[Translation]

Les arguments en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté reflètent apparemment cette tendance à accorder plus d'importance à un élément qu'au tout. Bien que l'autonomie individuelle soit importante, l'autonomie de l'ensemble l'est bien davantage. Il incombe à la société de protéger l'ensemble. L'euthanasie et le suicide assisté dévaluent la vie humaine et, partant, l'ensemble de la société.

Le respect de la vie est l'un des plus importants principes de la société. Il importe que ses membres les plus faibles continuent de se sentir valorisés. Légaliser l'euthanasie sous-entend qu'il est acceptable de mettre délibérément fin à la vie dans certaines circonstances et qu'on accorde peu de valeur à celle-ci.

Les personnes faibles, dépendantes et vulnérables se sentent souvent dévalorisées et ont le sentiment d'être un fardeau inutile pour leurs proches, peut-être même pour la société, comme l'ont dit certains patients. Ces personnes se sentiront peut-être obligées de réclamer l'euthanasie si elle est légalisée. Il faut se demander si elles le font pour les bonnes raisons, c'est-à-dire en fonction de ce qu'elles estiment important plutôt que de ce qui, à leur sens, est important pour les autres. La société les aura abandonnés en dévaluant véritablement leur existence.

Pour l'autonomie de la société, il importe de maintenir l'interdiction de mettre fin à la vie humaine, même en présence de circonstances atténuantes. Certains précédents nous portent à croire que, malgré les mesures de contrôle et de protection, on peut abuser de l'euthanasie, ce qui équivaut à l'euthanasie involontaire.

Les médecins sont tenus par les principes du serment d'Hippocrate de ne pas faire de mal et de ne pas administrer de médicaments mortels. Le suicide assisté minerait les principes directeurs moraux de la médecine. Le bienfait et le non-préjudice sont essentiels à la pratique de la médecine. Dans les relations entre le médecin et son patient, la confiance se fonde essentiellement sur le fait que les patients sont convaincus que leur médecin ne leur fera pas de mal. Le suicide assisté et l'euthanasie pourraient bien saper cette confiance, en nuisant aux relations entre médecin et patient en empêchant une communication honnête et franche entre eux.

L'euthanasie et le suicide assisté sont contraires au respect fondamental de la vie humaine, lequel est au cœur des valeurs de la société.

Passons maintenant aux questions juridiques. Je ne suis pas un expert dans ce domaine, et j'aborde donc la question avec une certaine nervosité.

Comme nous l'indiquons plus haut dans le mémoire, les patients atteints d'une maladie incurable souffrent peut-être de dépression causée par leur maladie ou d'autres circonstances de la vie. Leur maladie n'est pas un problème isolé du reste. En même temps que la maladie, ils doivent affronter bien d'autres problèmes. Lorsqu'on est atteint d'une maladie incurable ou mortelle, si l'on a déjà souffert de dépression par le passé, ce n'est pas la maladie incurable qui peut vous guérir de cette dépression. Si le malade a des problèmes conjugaux qui le poussent à la

[Text]

that the other circumstances in life other than the terminal illness are contributing to the depression.

If there is a clinical depression, then the issue of competency and consent for euthanasia and assisted suicide comes to the fore. There is yet no good tool to assess the competency in this population. How do we know that these depressed individuals are in fact making a well-informed consent to the procedure of euthanasia or assisted suicide?

There are many studies that have put forth percentages of people who are terminally ill who have depression, and, as mentioned by Dr. Latimer earlier, it has been often thought that this was in response to sadness, being faced with death or anticipated grief reaction for leaving behind loved ones. More recent studies have shown that up to 20 per cent of this population may be clinically depressed and require anti-depressants. We may be missing this population. We do not know because studies have not been done. We do not know whether these are the percentage of the population who are requesting euthanasia or assisted suicide.

Unfortunately, the act of euthanasia or assisted suicide does not allow for reconsideration of one's decision as some future point.

Euthanasia and assisted suicide has been considered by the British House of Lords and the Law Reform Commission of Canada. These groups have concluded that there should be no change in the law to permit euthanasia. The House of Lords recommended increased support for the hospice movement and more training in palliative care and research into pain and symptom control. I would challenge that that research needs to include the concept of suffering and what it means for individuals to be suffering. The conclusions of these two bodies cannot be overlooked when considering legalization of euthanasia or assisted suicide.

Furthermore, if legislation such as this passes and people have the right to choose assisted death, they will most likely approach the very people who are committed to enhancing the quality of life for the dying patients, the palliative care workers. Thus, palliative care/hospice could come to have a double meaning, causing great conflict for those in the profession.

In the face of increasing pressures on health care systems, physicians try to practice in a cost-effective manner. Legalization of euthanasia and assisted death may lead to the evolution of a bias towards an earlier death in the interests of cost savings. This extreme could be seen in the involuntary euthanasia, as has happened in the Netherlands.

At a recent meeting in Banff, a Dutch physician admitted that one government study showed 25 per cent of people were involuntarily euthanized. This study shows that it is happening in these places where it is legalized.

[Traduction]

dépression, ce n'est pas sa maladie incurable qui pourra l'en guérir. Il est possible que la dépression soit due à d'autres circonstances de la vie et pas seulement à la maladie mortelle.

En cas de dépression clinique, la question de la capacité et du consentement à l'euthanasie et au suicide assisté est mise en cause. Pourtant, nous ne disposons pas d'outil efficace pour évaluer la capacité des malades. Comment savoir si ces personnes déprimées consentent vraiment en toute connaissance de cause au recours à l'euthanasie ou au suicide assisté?

De nombreuses études ont fait état de la proportion de malades en phase terminale qui sont déprimés et, comme l'a dit plus tôt le Dr Latimer, on a souvent cru que cet état d'esprit était dû à la tristesse d'être confronté à la mort ou au chagrin de laisser derrière eux leurs êtres chers. Il ressort d'études plus récentes que jusqu'à 20 p. 100 de ces malades sont atteints de dépression clinique et ont besoin d'antidépresseurs. Peut-être oublions-nous de tenir compte de ce groupe de gens. Nous n'en savons rien car aucune étude n'a été faite à ce sujet. Nous ne savons pas si cela correspond à la proportion de malades qui demandent l'euthanasie ou le suicide assisté.

Malheureusement, en cas d'euthanasie ou de suicide assisté, il est impossible de revenir plus tard sur sa décision.

La Chambre des lords britannique et la Commission canadienne de réforme du droit se sont penchées sur l'euthanasie et le suicide assisté. Ces deux groupes ont conclu qu'il ne faut pas modifier la législation afin de légaliser l'euthanasie. La Chambre des lords a recommandé d'accroître l'aide aux hospices, ainsi que la formation en soins palliatifs et la recherche sur le contrôle de la douleur et des symptômes. Je suis convaincu que cette recherche doit porter entre autres sur le principe de la souffrance et de ce qu'elle représente pour les gens qui souffrent. On ne peut pas faire fi des conclusions de ces deux organismes lorsqu'on envisage de légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté.

En outre, si une telle loi est adoptée et que les patients ont le droit de choisir la mort assistée, ils se tourneront très probablement vers les personnes mêmes qui se sont engagées à améliorer la qualité de vie des mourants, soit celles qui dispensent des soins palliatifs. Par conséquent, les soins palliatifs et les hospices risqueraient d'avoir un double objectif, ce qui serait matière à conflit pour les professionnels de ce secteur.

Étant donné les pressions croissantes qui s'exercent sur les services de santé, les médecins essaient d'exercer leur profession de façon rentable. La légalisation de l'euthanasie ou de la mort assistée pourrait bien déboucher sur une tendance en faveur d'une mort prématurée, en vue de limiter les dépenses. À l'extrême, cela serait considéré comme l'euthanasie involontaire, comme cela s'est produit aux Pays-Bas.

Lors d'une réunion récente tenue à Banff, un médecin hollandais a admis que, selon une étude effectuée par le gouvernement, 25 p. 100 des malades sont morts par euthanasie sans l'avoir demandé. Cette étude révèle que ce genre de chose se produit dans les pays où cette procédure est légalisée.

[Texte]

Justice in our society protects certain rights. One of the most fundamental of these is the right not to be killed. This is such a fundamental right that it cannot be relinquished voluntarily. Legalizing euthanasia would harm society more than could be justified by respecting individual autonomy. Such a precedent, therefore, could bring injustice upon the community. Further developments could lead to the extension of the right to the incompetent, leading to sanctioned killing of the most vulnerable members of society, the newborn, the aged, and the mentally incompetent.

In conclusion, the Ontario Palliative Care Association, representing a diverse group of people who provide hands-on care and support of patients who are terminally ill, does not support the legalization of euthanasia or assisted suicide. Rather, we support the basic respect for human life and dignity through the provision of excellence in care for the whole person and family as the end of life approaches.

These times present many challenges to care providers and to society to meet the myriad of psychosocial, spiritual and physical needs of these individuals. Society needs to rise to this challenge, and government can take a leading role to ensure appropriate care is available to all those Canadians suffering the ravages of terminal illness through appropriate funding and recognition of palliative care. Appropriate palliative care can do much to relieve the vicissitudes of life-threatening illness and relieve the cry for euthanasia. It is the strong belief of the association that the direction of government on this issue needs to be away from euthanasia and towards ensuring quality palliative care is available to all Canadians.

The Chairman: Thank you. We will now have questions from the senators.

Senator Beaudoin: You say in paragraph 18 that the British House of Lords and the Canadian Law Reform Commission have suggested that euthanasia and assisted suicide be not legalized.

The Canadian Bar Association is going to be before us at some time in September, Madam Chairman?

The Chairman: In due course.

Senator Beaudoin: In due course. We will have many questions to ask them.

Your thesis is that palliative care may take care of the problem. Suppose you have 100 cases. How many cases may be cured or settled by palliative care? Do you have a rough idea?

Mr. McGregor: It depends on what you mean by "cure" or "settled".

Senator Beaudoin: "Cure" is perhaps not the proper word. "Settled" is stronger, yes.

[Translation]

Dans notre société, la justice protège certains droits, dont l'un des plus fondamentaux est le droit de ne pas être mis à mort. Ce droit est tellement fondamental qu'on ne peut pas y renoncer volontairement. La légalisation de l'euthanasie ferait plus de tort à la société que ne le justifie le respect de l'autonomie personnelle. Un tel précédent créerait une injustice dans la collectivité. D'autres événements pourraient avoir pour conséquence d'étendre ce droit aux personnes frappées d'incapacité, ce qui déboucherait sur l'élimination autorisée des membres de la société les plus vulnérables, à savoir les nouveau-nés, les personnes âgées et les handicapés mentaux.

En conclusion, l'Association des soins palliatifs de l'Ontario, qui représente un groupe varié de personnes offrant des soins et un soutien direct aux malades en phase terminale, s'oppose à la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté. En revanche, nous appuyons le respect fondamental de la vie humaine et de la dignité grâce à la prestation de soins de qualité aux malades, en tenant compte de tous les aspects de la personne, ainsi que de sa famille, à l'approche de la mort.

Notre époque pose de nombreux défis aux dispensateurs de soins et à la société afin de satisfaire la multitude de besoins d'ordre psychosocial, spirituel et physique de ces malades. La société doit relever ce défi et le gouvernement peut jouer un rôle de chef de file pour s'assurer que tous les Canadiens atteints d'une maladie incurable reçoivent des soins adéquats, en accordant aux soins palliatifs des fonds suffisants et la reconnaissance qu'ils méritent. Des soins palliatifs efficaces peuvent dans une grande mesure soulager les vicissitudes des maladies incurables et rendre inutile la demande d'euthanasie. L'Association est fermement convaincue que le gouvernement doit adopter une stratégie dans ce domaine qui exclut l'euthanasie et prévoit des soins palliatifs de qualité pour tous les Canadiens.

La présidente: Je vous remercie. Nous passons maintenant aux questions des membres du comité.

Le sénateur Beaudoin: Vous dites au dix-huitième paragraphe de votre mémoire que la Chambre des lords britannique et la Commission canadienne de réforme du droit se sont prononcées contre la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté.

L'Association du Barreau canadien doit comparaître devant notre comité dans le courant du mois de septembre, n'est-ce pas, madame la présidente?

La présidente: En temps et lieu.

Le sénateur Beaudoin: En temps et lieu. Nous aurons de nombreuses questions à poser à ses représentants.

Votre théorie repose sur le fait que les soins palliatifs peuvent résoudre le problème. Supposons qu'il y ait 100 malades. Combien d'entre eux pourront être guéris ou apaisés par les soins palliatifs? En avez-vous une vague idée?

M. McGregor: Tout dépend de ce que vous entendez par «guéris» ou «apaisés».

Le sénateur Beaudoin: «Guéris» n'est peut-être pas le mot qui convient. «Apaisés» est effectivement plus fort.

[Text]

Mr. McGregor: There are now and there always will be people, in spite of the best palliative care, who will not go softly into that night but rage against the dying of the light. In fact, people die as they live, and some people rage against life and will rage against death.

What we do not understand is the concept of what is meant by suffering for these people. We need to look at that. From a symptomatic point of view, the studies that have been done in palliative care facilities or with palliative care physicians, show that probably less than five per cent of people will have pain or physical suffering that cannot be treated. As Dr. Latimer suggested, we may sedate these patients to make them comfortable.

Senator Beaudoin: Only five per cent?

Mr. McGregor: Less than five per cent.

Senator Beaudoin: What do you do in a case like that?

Mr. McGregor: That is the situation where we may decide to medicate them so they are asleep, to aid in their comfort.

Senator Beaudoin: That would be your conclusion in five per cent of cases.

Mr. McGregor: Yes, but that would be done in consideration of the patient's and family's wishes.

Senator Beaudoin: Yes. Thank you.

Senator Lavoie-Roux: Thank you very much for your brief. It is not easy for us to find the answer either.

Paragraph 12 in your brief states:

Society has long supported the value of life and the value of the individual in the context of the whole of society.

We can all agree on the value of life. It seems to me the value of the individual has become stronger and stronger. I do not know if this is due to the Charter of Rights, but everybody gets upset about individual rights in every circumstance.

Can these two concepts be reconciled?

Mr. McGregor: That is a difficult question. Can we reconcile the rights of the individual and have the rights of society as a whole met? I do not know that we can. If we cannot do that, then what is our responsibility as a society? Does our responsibility then come to the individual autonomy of all? If it comes to that, do we then end up fracturing society? There may always be a special interest group that says, "Yes, but what about my rights?" We may come into a terrible dilemma, worse than the dilemma we are faced with looking at euthanasia and assisted suicide.

There are some basic principles that societies are founded on, and one of those is, "Do unto others as you would have them do unto you." Another is, "Do not kill." We have an edict that our society is based on which says you do not kill.

[Traduction]

M. McGregor: Il existe et existera toujours des gens qui, en dépit des meilleurs soins palliatifs qui leur sont dispensés, ne seront pas sereins à l'approche de la mort. En fait, les êtres meurent comme ils vivent, et certains d'entre eux pestent contre la vie et feront de même lorsque la mort viendra.

Ce que nous ne comprenons pas, c'est le principe de ce que représente la souffrance pour ces personnes. Il faut examiner la question. Du point de vue des symptômes, des études effectuées sur les établissements ou les médecins qui dispensent des soins palliatifs révèlent que sans doute moins de 5 p. 100 des patients ont des douleurs ou des souffrances physiques impossibles à soulager. Comme l'a dit le D^r Latimer, nous pourrions donner des sédatifs à ces patients pour qu'ils se sentent mieux.

Le sénateur Beaudoin: Seulement 5 p. 100?

M. McGregor: Moins de 5 p. 100.

Le sénateur Beaudoin: Que faites-vous dans ces cas-là?

M. McGregor: Il nous faut alors décider de leur administrer un sédatif, pour soulager leur douleur.

Le sénateur Beaudoin: Selon vous, donc, 5 p. 100 des malades sont dans ce cas.

M. McGregor: Oui, mais ces mesures seront prises en tenant compte des souhaits du patient et de sa famille.

Le sénateur Beaudoin: Très bien. Je vous remercie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci beaucoup de votre mémoire. Il n'est pas facile pour nous non plus de trouver la réponse juste.

Au douzième paragraphe de votre mémoire, vous déclarez ceci:

La société a toujours défendu la valeur de la vie et le rôle de l'être humain par rapport à l'ensemble de la société.

Nous sommes tous d'accord sur la valeur de la vie. À mon sens, on accorde de plus en plus d'importance à la valeur de l'être humain. Je ne sais pas si cela est le fruit de la Charte des droits, mais, quelles que soient les circonstances, tout le monde, de nos jours, se préoccupe des droits personnels.

Peut-on concilier ces deux principes?

M. McGregor: C'est une question complexe. Peut-on concilier les droits individuels et ceux de l'ensemble de la société? Je n'en sais rien. Si c'est impossible, quelle responsabilité incombe à notre société? Devons-nous respecter l'autonomie personnelle de tous ses membres? Si l'on en arrive là, ne risque-t-on pas de fragmenter la société? Il y aura toujours un groupe d'intérêts spéciaux pour dire: «Oui, mais et nos droits à nous?» Nous risquons d'être confrontés à un terrible dilemme, pire encore que celui qui se pose à nous lorsqu'on examine l'euthanasie et le suicide assisté.

Il existe certains principaux fondamentaux sur lesquels se fondent les sociétés; selon l'un d'entre eux, il faut traiter les autres comme on aimerait qu'ils nous traitent. Un autre de ces principes interdit de tuer son prochain. Notre société se fonde sur un décret selon lequel on ne doit pas tuer son prochain.

[Texte]

Can you take that and make special exception to a basic principle of society and say, "Do not kill, yes, but in this situation, you can." I am not sure that if you do that, you do not start a whole cascade of things that may complicate life far more than it is already.

Senator Lavoie-Roux: The person who assists suicide, does not do it with the main purpose in mind to kill. The end result may be that, but the main objective is to relieve an unbearable pain, a physical condition that the person is incapable of supporting. I know the end result will be a dying person, but I do not think anybody does it to kill.

Senator DeWare: Especially a physician.

Mr. McGregor: I speak as a physician who has been a family and a palliative care physician. It would be contrary to my core to knowingly administer a medication that I thought was going to result in the death of a patient. I would do my utmost to relieve the suffering, and, if I couldn't do that, I would suffer along with the patient and family. I have done that before at many a bedside. I have shared that journey with the patient and the family.

Senator Lavoie-Roux: Thank you for that. It was not an easy question to answer.

The witness who preceded you mentioned that although we have no statistics. There seem to be some statistics in Holland, but forget about Holland for the time being. I am not sure Holland is the answer.

Two reasons motivated me for getting interested in this issue. We knew the issue was being discussed more and more. We did not want politicians saying that we have to legalize or not legalize without knowing the ins and outs of the issue. Therefore, we thought this would be the proper forum.

What bothered me as well was the fact we sometimes believe that we all have the same professional ethics. I am talking about doctors. Assisted suicide can be carried out by other people, not only doctors, but in this particular case we see doctors involved more often. Assisted suicide can be carried out clandestinely, rather than having open rules that might protect people who otherwise might not be protected.

This issue is a bit like abortion. Nobody wants abortion, but we know some women suffered a lot because abortion was not permitted in any form or under any conditions. It caused them more harm than the abortion. I am not sure we are not facing the same problem with this particular issue if people do perform some form of euthanasia. They are alone with their patient. Most families, myself included, would not know the difference between an injection that promotes death and one that handles things in a different way. This bothers me.

[Translation]

Peut-on dans ces conditions faire exception à l'application d'un principe fondamental de la société en disant: «Il ne faut pas tuer, certes, mais dans ce cas précis, nous pouvons le faire.» Je crains qu'en agissant ainsi, on ne déclenche toute une série d'événements qui risquent de rendre la vie encore plus compliquée qu'elle ne l'est déjà.

Le sénateur Lavoie-Roux: La personne qui aide un malade à se suicider ne le fait pas dans l'idée de lui ôter la vie. C'est peut-être le résultat final de cet acte, mais son principal objectif est de mettre fin à une douleur insupportable, à un état physique que le malade est incapable de supporter. Je sais que cette assistance débouchera sur la mort, mais à mon avis, personne ne le fait dans l'idée d'ôter la vie.

Le sénateur DeWare: Et surtout pas un médecin.

M. McGregor: Je parle en tant que médecin qui a exercé dans les domaines de la médecine familiale et des soins palliatifs. Cela irait à l'encontre de mes principes fondamentaux d'administrer en pleine connaissance de cause un médicament dont je sais qu'il entraînera la mort du patient. Je ferais tout mon possible pour alléger ses souffrances et, si je n'y parvenais pas, je souffrirais aux côtés du patient et de sa famille. Je l'ai déjà fait auprès de bon nombre de malades. J'ai déjà accompagné le patient et sa famille lors de ce dernier voyage.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci de votre réponse, elle n'était pas facile.

Le témoin précédent a signalé que nous ne disposons d'aucune statistique. Il en existe apparemment en Hollande, mais oublions ce pays pour l'instant. Je ne pense pas que ce soit le modèle à suivre.

Deux raisons m'ont incitée à me pencher sur cette question. Nous savions qu'elle était de plus en plus au coeur du débat. Nous ne voulions pas que nos représentants élus déclarent qu'il faut ou ne faut pas légaliser l'euthanasie sans connaître tous les tenants et les aboutissants de la question. C'est pourquoi nous avons jugé utile de constituer cette tribune.

J'étais également préoccupée par le fait qu'il nous arrive de croire parfois que nous avons tous la même éthique professionnelle. Je veux parler des médecins. Ces derniers ne sont pas les seuls à pratiquer le suicide assisté, mais en l'occurrence, ce sont le plus souvent des médecins qui sont en cause dans ce genre d'affaire. Le suicide assisté peut très bien être pratiqué de façon clandestine, au lieu d'être assujéti à des règles officielles susceptibles de protéger les personnes qui n'auraient autrement aucun moyen de protection.

Cette question n'est pas sans ressembler à celle de l'avortement. Personne ne souhaite l'avortement, mais nous savons que certaines femmes ont beaucoup souffert parce que cette possibilité leur a été refusée pour une raison ou une autre. Cela leur a causé plus de tort que l'avortement proprement dit. Je me demande si nous ne sommes pas aux prises avec le même problème, en l'occurrence, si les médecins pratiquent l'euthanasie sous une forme ou une autre. Ils sont seuls avec leur patient. La plupart des familles, et moi aussi, ne sauraient pas faire la différence entre

[Text]

Do you feel clandestine euthanasia is a real or imaginary problem? Are such things happening? How can we prevent them from happening?

Mr. McGregor: I believe it probably does happen. I wonder why it happens and have thought about this to some extent.

I have had colleagues of mine say, "Boy, if I were in that situation, I would want to be out of my misery; I would not want to live like that." I challenge those people. As with the wisdom of our forefathers, you have to walk two moons in someone's moccasins before you can decide what you would do if you were in their situation.

Physicians have been taught that they are to cure; to make people better. When I went through medical school — not all that long ago, I like to think — very little was taught about palliative medicine. I have spent the last 13 years practising palliative medicine and learning, as most of my colleagues in Canada have, as I go along. With the knowledge base I have been able to gather over these 13 years practising palliative medicine, what we need is to educate physicians more about what is available, how to relieve suffering, and to look at suffering.

The other thing I feel strongly about — I will step out of the shoes of the association because I do not want to say this is the viewpoint of the association — is that until you have faced your own death, looked at what it means for you to die in some concept, I challenge you to know what someone else means when they say they are facing death.

Those working in palliative medicine will confirm what I say: We must look at our own death in order to deal with these people every day.

I deal with these people every day. The average family physician will have three patients per year die of cancer or a terminal illness. In two days last week I had three people die. Some of my colleagues see more patients die, depending on their caseload. Therefore, you must look at your own mortality and have come to grips with what it means for you and what you believe will happen to you afterwards, if you have some spiritual dimension.

Yes, the practice probably happens, but it happens inappropriately by people who are perhaps not educated. I may be wrong in saying that, but it is a personal opinion.

With regard to the abortion issue, I can say as a family physician who served on an abortion committee that was supposed to ensure that abortions were performed appropriately, the feeling was — at least in this committee — that if the family physician had made the referral, then the abortion should go ahead without much consideration for the impact it would have.

[Traduction]

une injection qui entraîne la mort et une autre qui règle le problème de façon différente. Cela me préoccupe.

À votre avis, l'euthanasie clandestine est-elle un véritable problème ou le fruit de notre imagination? Ce genre de chose existe-t-elle? Comment peut-on l'empêcher?

M. McGregor: Cela se produit sans doute. Je me demande pourquoi et j'y ai réfléchi assez sérieusement.

Certains de mes collègues disent: «Mon Dieu, si j'étais dans cette situation, je voudrais que ma souffrance prenne fin; je ne voudrais pas vivre dans ces conditions.» Je les mets au défi. Comme le disaient nos ancêtres dans leur grande sagesse, il faut traverser deux plaines dans les mocassins d'un autre avant de pouvoir décider ce que l'on ferait à sa place.

On a enseigné aux médecins que leur rôle est de guérir les gens, d'améliorer leur état de santé. Lorsque j'ai fait mes études de médecine — il n'y a pas si longtemps, du moins l'aime à le croire — on parlait très peu de médecine palliative. J'ai consacré les 13 dernières années à exercer cette forme de médecine et à apprendre tous les jours un peu plus, comme l'ont fait la plupart de mes collègues au Canada. Grâce à la base de connaissances que j'ai pu acquérir au cours de ces 13 années d'expérience en médecine palliative, je pense qu'il faut davantage sensibiliser les médecins au sujet des moyens disponibles, de la façon d'alléger la souffrance et d'étudier celle-ci.

L'autre chose dont je suis fermement convaincu — et là, je parle en mon nom personnel car je ne prétends pas exprimer l'opinion de l'association — c'est que tant que vous n'avez pas été confronté à la mort, tant que vous n'avez pas réfléchi à ce que la mort représente pour vous à certains égards, je vous mets au défi de savoir ce qu'une autre personne veut dire lorsqu'elle déclare qu'elle est proche de la mort.

Les professionnels de la médecine palliative confirmeront mes paroles: Il faut réfléchir à sa propre mort pour s'occuper de ses patients jour après jour.

Tous les jours, j'ai affaire à ces malades. En moyenne, les généralistes perdent trois patients par an en raison d'un cancer ou d'une autre maladie mortelle. Trois de mes patients sont morts en deux jours la semaine dernière. Certains de mes collègues voient mourir un plus grand nombre de patients, selon l'importance de leur clientèle. En conséquence, il faut envisager sa propre mort et comprendre ce qu'elle signifie et ce que l'on deviendra par la suite, si l'on croit à l'au-delà.

En effet, ce genre d'acte se pratique sans doute, mais parfois à tort par des personnes qui ne connaissent peut-être pas tous les aspects de la question. Je me trompe peut-être en disant cela, mais c'est mon avis personnel.

Quant à la question de l'avortement, en ma qualité de généraliste ayant siégé à un comité sur l'avortement qui était censé faire en sorte que les avortements soient pratiqués lorsque nécessaire, je dois dire que les membres de ce comité du moins étaient d'avis que si le généraliste recommandait l'avortement d'une de ses patientes, la procédure devait être pratiquée sans vraiment tenir compte de ses conséquences.

[Texte]

I also have a bereavement practice. I do bereavement counselling. We see women years later who are suffering delayed grief because of having an abortion. We do not know what the impact of this grief will be on that individual when they have an abortion. However, I do know that some women have suffered greatly. As a result, their families have suffered greatly because of the choice they made at a young age, perhaps not well enough informed of the alternatives.

I have some reservations when we draw a similarity between the abortion issue and legalizing euthanasia and assisted suicide.

Senator Lavoie-Roux: I am more interested in the clandestine nature of both circumstances.

I remember when I started to work, women would go to "the butcher". Abortions were carried out with knitting needles, et cetera. My concern in those days was that this practice was very hard on some women.

I do not disagree with your observation about the grief women might feel afterwards. Grief also appears in woman who experience abortions under normal conditions.

In the same way, assisted suicide can be performed clandestinely, with great harm to families and individuals and with legislators having no control. That is the analogy I was making between the two.

Mr. McGregor: As I understand, the legalization of abortion has not cut out clandestine operations because some women are still too embarrassed or do not want their family to know. They still seek clandestine abortions. It does not necessarily address the issue of this going on without controls.

Ms Foley: I want to clarify a few points.

When you talked about assisted suicide, you indicated that if someone asked for an assisted suicide and you assist them, your intent is to assist with suffering, but not to kill. I have some difficulty with that. If you are asking for assisted suicide, then you are asking for someone to assist you to kill yourself. If you are asking for relief of suffering, we are talking about pain, symptom management, and spiritual and emotional support.

Senator Lavoie-Roux: Let us say a person asks for an assisted suicide from a doctor who has cared for that person. The doctor knows the physical and emotional pain is very great. This person says, "I do not want to live any more." When the doctor intervenes to assist this person, in most doctors' minds they are relieving the pain of the individual. It is not that they intend to kill a person. As well, it has to be a person who would eventually die within a month or three months.

Perhaps Dr. Keon could react to this.

Senator Keon: I will react later.

[Translation]

J'offre également un service de conseil aux personnes affligées. Nous voyons des femmes qui, des années plus tard, ont des remords et souffrent d'avoir subi un avortement. Nous ne savons pas comment l'événement sera vécu par la patiente qui se fait avorter. Toutefois, je sais que certaines femmes ont beaucoup souffert. En conséquence, leur famille a été très affligée en raison du choix qu'elle a fait lorsqu'elle était jeune, et peut-être mal informée quant aux solutions de rechange.

J'hésite à établir un parallèle entre l'avortement et la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je m'intéresse davantage au côté clandestin de ces deux procédures.

Je me rappelle que, lorsque j'ai commencé à travailler, on disait que les femmes allaient chez «le boucher». Les avortements étaient pratiqués au moyen d'aiguilles à tricoter, et cetera. Ce qui m'inquiétait à l'époque, c'était que cette méthode était très dangereuse pour certaines femmes.

Je suis d'accord avec votre remarque au sujet du remords que les femmes peuvent éprouver par la suite. Celles qui subissent un avortement dans des conditions normales sont dans le même cas.

De la même façon, le suicide assisté peut être pratiqué de façon clandestine, en faisant beaucoup de tort aux familles et aux personnes concernées et en échappant au contrôle des législateurs. C'est à cet égard que j'ai établi un parallèle entre les deux.

M. McGregor: Si je ne m'abuse, la légalisation de l'avortement n'a pas supprimé les activités clandestines parce que certaines femmes sont encore trop gênées ou ne veulent pas que leur famille soit au courant. Elles continuent d'essayer d'obtenir un avortement de façon clandestine. Cela ne résout pas nécessairement le problème de l'absence de contrôle d'une telle activité.

M^{me} Foley: J'aimerais éclaircir quelques points.

Lorsque vous avez parlé de suicide assisté, vous avez dit que si une personne demande qu'on l'aide à se suicider et que vous le faites, votre intention n'est pas de lui ôter la vie, mais bien de mettre fin à sa souffrance. J'ai du mal à accepter cet argument. Si vous demandez le suicide assisté, vous demandez à une personne de vous aider à mettre fin à vos jours. Si vous demandez qu'on allège vos souffrances, alors là il s'agit de douleur, de gestion des symptômes, et d'aide spirituelle et morale.

Le sénateur Lavoie-Roux: Disons qu'une personne demande à un médecin qui s'est occupé d'elle de l'aider à se suicider. Le médecin sait que la souffrance physique et morale de cette personne est énorme. Le patient lui dit qu'il ne veut plus continuer à vivre. Lorsque le médecin intervient pour l'aider, dans l'esprit de la plupart des médecins, c'est dans le but de supprimer ses souffrances. Ils n'ont pas du tout l'intention de lui ôter la vie. En outre, il doit s'agir d'un patient auquel il ne reste plus que de un à trois mois à vivre.

Le D^r Keon pourrait peut-être nous donner son avis sur ce point.

Le sénateur Keon: J'interviendrai plus tard.

[Text]

Ms Foley: The second thing I wanted to speak to you about was the fact that I am a home care case manager. Home care has come up a number of times in the discussion. You asked a question earlier about what it would cost to provide education. In Ontario, at this point, we have palliative care initiatives. Almost \$5 million has been allocated for community education to educate service providers who would be caring for patients in the community. That was announced in December. We are just beginning to use those funds. We are hoping to see excellent results.

The Ontario Palliative Care Association was very involved in the planning and implementing of these initiatives. We hope the educational situation will turn around.

Senator Keon: I would like to ask both of you how many patients you have seen over the years who were suicidal one week and not suicidal the next.

Ms Douglas: Oh boy, that is not an easy one. You try that.

Senator Keon: Perhaps it is unfair to say one week and not the next. I want to get at these mood swings of people. You mentioned depression. I have been under the impression it is even more complex than depression. I would like to know how often you have seen this.

Mr. McGregor: I am presently seeing a woman with whom I have this discussion probably every second day. She will say to me, "I wish it were all over." Because I am quite fond of this woman, and because we speak frankly, I said to her one day, "If euthanasia were legalized, would you want it?" And she said, "Yes, I would." Two days later I went back to visit her. Her suffering from physical pain and other symptoms had not changed any. She said, "During this time my sons and I have done many things that we would never have done. We have talked about things we never would have talked about. We have dealt with issues we never would have dealt with."

We have this conversation two or three times a week, and we vacillate back and forth. She has come to the point where she has now found some peace. She has said to me, "When it happens, that is when it will happen."

About a month ago I saw a fellow who had seen the psychiatrist who does oncology at the cancer centre where I also work. He had been started on some anti-depressants. He actively said to me, "Is there some way that you could end this process sooner?" I said, "There are many ways I could do it, but I am not prepared to do that. Do you want to talk about it?" We spent some time talking during a couple of visits of an hour each. As well, his priest went to visit him.

[Traduction]

M^{me} Foley: Je voulais également vous parler du fait que je suis responsable des services sociaux de soins à domicile. Les soins à domicile sont revenus plusieurs fois sur le tapis aujourd'hui. Vous avez posé plus tôt une question sur le coût d'un programme d'éducation. En Ontario, à l'heure actuelle, certaines initiatives sont en cours en matière de soins palliatifs. Presque 5 millions de dollars ont été affectés à un programme de sensibilisation en vue d'apprendre les principes des soins palliatifs aux dispensateurs de services qui s'occuperont des patients dans la collectivité. Cette initiative a été annoncée en décembre et nous commençons à peine à utiliser ces fonds. Nous espérons qu'il en découlera des résultats excellents.

L'Association des soins palliatifs de l'Ontario a participé de près à la planification et à la mise en oeuvre de ces initiatives. Nous espérons que le problème de l'éducation sera résolu.

Le sénateur Keon: J'aimerais vous demander à tous deux combien de patients auprès desquels vous vous êtes trouvés, au fil des ans, étaient suicidaires une semaine, mais pas la semaine suivante.

M^{me} Douglas: Ah, là là! Ce n'est pas une question facile. Essayez d'y répondre.

Le sénateur Keon: Il est peut-être injuste de dire que l'on change d'avis d'une semaine à l'autre. Je voudrais justement parler de ces changements d'humeur des patients. Vous avez parlé de la dépression. Pour ma part, j'ai l'impression que cela va bien au-delà de la dépression. J'aimerais savoir combien de cas semblables vous avez connus.

M. McGregor: À l'heure actuelle, j'ai une patiente avec laquelle je tiens cette discussion environ tous les deux jours. Elle me dit qu'elle souhaite que tout soit terminé. Étant donné que je l'aime beaucoup, et que nous parlons franchement, je lui ai demandé un jour si elle demanderait l'euthanasie au cas où celle-ci soit légalisée. Elle m'a répondu que oui. Deux jours plus tard, je suis retourné la voir. Sa souffrance due à la douleur physique et à d'autres symptômes était toujours la même. Elle m'a alors déclaré: «Pendant ce temps, mes fils et moi avons fait bien des choses que nous n'aurions jamais faites. Nous avons parlé de choses dont nous n'aurions jamais parlé. Nous avons réglé des questions que nous n'aurions jamais abordées.»

Nous tenons cette conversation deux ou trois fois par semaine, et nous continuons de changer d'avis. Elle en est maintenant arrivée au point où elle a trouvé sa paix intérieure. Cette patiente m'a dit que lorsque le moment viendrait, il viendrait, mais pas avant.

Il y a un mois environ, j'ai vu un gars qui venait de consulter le psychiatre qui s'occupe d'oncologie au service de cancérologie où je travaille également. Il avait commencé un traitement aux antidépresseurs. Il m'a demandé avec frénésie: «Existe-t-il un moyen pour vous de mettre fin au plus tôt à ce processus?» Je lui ai répondu qu'il existait divers moyens de le faire, mais que je n'étais pas disposé à y recourir. Je lui ai demandé s'il voulait que nous en parlions. Nous avons discuté de la question au cours de deux ou trois visites d'une heure chacune. Par ailleurs, son prêtre est venu le voir.

[Texte]

[Translation]

A few days after I saw him, his priest visited him again and immediately said to the patient, "Something has changed." The patient said, "Yes." The priest said, "You are at peace now." He said, "Yes." I went in to see him and he said, "I no longer would want you to end my life. I am at peace now and I want the process to unfold as it would."

Quelques jours après notre rencontre, son prêtre est venu à nouveau rendre visite au patient et lui a déclaré d'emblée: «Quelque chose a changé.» Le patient a répondu que oui. Le prêtre lui a dit: «Vous avez maintenant trouvé la paix.» Il a répondu que oui. Je suis ensuite allé le voir et il m'a dit qu'il ne souhaitait plus que je mette fin à ses jours. Il a ajouté qu'il était désormais en paix avec lui-même et qu'il souhaitait que les choses suivent leur cours normal.

The most dramatic change I have seen was in a woman I went to see one evening who was in terrible pain. She had been in pain for a month at home. She said to me, "You are from palliative care. That means you'll help me die tonight." I said, "No, I won't help you die tonight, I cannot do that, but I will help you die in the sense that I will journey along with you."

Le revirement le plus spectaculaire dont j'ai été témoin est celui d'une femme que je suis allé voir un soir et qui souffrait terriblement. Elle souffrait depuis un mois chez elle. Elle m'a dit: «Vous venez du service des soins palliatifs. Cela signifie que vous allez m'aider à mourir cette nuit.» Je lui ai répondu: «Non, je ne vous aiderai pas à mourir cette nuit, cela m'est impossible, mais je vous aiderai à mourir en vous soutenant jusqu'à la fin.»

We adjusted her medications. I went back to see her the next evening and, within 24 hours, her comment to me was, "Remember the conversation we had yesterday? Forget it." We then spent the next ten days talking about psycho-spiritual issues and family problems which she had.

Nous avons modifié son traitement. Je suis retourné la voir le lendemain soir et, 24 heures plus tard à peine, elle m'a dit ceci: «Vous rappelez-vous la conversation que nous avons eue hier? N'y pensez plus.» Nous avons ensuite passé les 10 jours suivants à parler de questions d'ordre psychospirituel et de ses problèmes familiaux.

One Friday morning I went in to see this woman. She was lying in bed. She could not lift her head off the pillow, she was so weak. I had to lean close to her to hear her speak. She said to me, "I am ready, my family is ready. Do you think it would be all right if I slipped away in my sleep tonight?" I said, "Yes." I do not want to bring any religious discussion into this issue, but because I knew this woman and because we had spent some time talking, I asked her if she wanted to pray about it. She did. So we prayed about it.

Un vendredi matin je suis allé voir cette femme. Elle était couchée. Elle était trop faible pour lever la tête de l'oreiller. J'ai dû m'approcher d'elle pour entendre sa voix. Elle m'a demandé: «Je suis prête, ma famille aussi. À votre avis, est-ce que je pourrais m'en aller cette nuit pendant mon sommeil?» Je lui ai répondu: «Oui.» Je ne veux pas faire intervenir l'argument religieux dans cette discussion, mais du fait que je connaissais cette femme et que nous avions discuté pendant un certain temps, je lui ai demandé si elle voulait prier en pensant à cela. Elle l'a fait. Nous avons prié ensemble.

I went in the next morning to do rounds and looked for her chart. It wasn't there. I said to the nurse, "What happened?" The nurse reported that at 12:30 in the morning, while she was asleep, she died peacefully.

Le lendemain matin, je faisais ma tournée et j'ai cherché sa feuille médicale. Elle n'était pas là. J'ai demandé à l'infirmière ce qui s'était passé et elle m'a répondu que la patiente était morte calmement, à minuit et demi, dans son sommeil.

I have had people make the request and change, I have had people change back and forth, and I have had people change and say, "No, I don't want it. I want to be at peace." The whole spectrum happens when you are dealing with these people all the time. It depends on many issues. They may have a visit from a family friend and say, "Take me now, please", because of conflict that exists. But often these people can resolve some of these conflicts and find peace they had not been able to find before.

J'ai connu des patients qui m'ont fait cette demande et ont ensuite changé d'avis; j'en ai connu qui changeaient plusieurs fois d'avis et d'autres qui changeaient d'attitude en disant qu'ils ne voulaient pas de l'euthanasie, car ils souhaitaient être en paix avec eux-mêmes. On voit de tout lorsqu'on s'occupe de ces malades en permanence. Cela dépend de nombreux facteurs. Il peut arriver qu'à la suite d'une visite d'un ami de la famille, le patient demande qu'on lui ôte la vie tout de suite, en raison d'un litige quelconque. Souvent, toutefois, ces patients arrivent à surmonter ces litiges et trouvent la paix comme ils n'avaient pas réussi à le faire jusqu'ici.

Senator Keon: Allow me to push that a little further.

Le sénateur Keon: Permettez-moi d'approfondir un peu les choses.

Do you think it would be reasonable, under any circumstances, for a doctor who has become very emotionally involved with a patient to execute this patient, to perform the final act, when he has simply had a consultation from another doctor who, as you know, will usually follow the advice of the primary treating

À votre avis, serait-il normal, dans n'importe quelles circonstances, qu'un médecin qui est moralement très proche d'un patient mette fin à ses jours, pratique l'acte final, après avoir simplement consulté un autre médecin qui, comme vous le savez, suivra en général les conseils du médecin traitant car ce dernier connaît

[Text]

physician because the primary treating physician has more information and fills in the background. By the time you discuss the case, it is coloured and so forth.

Should this committee not be of the same view as you, and should all of this result in legislation that allows for euthanasia, do you think it is at all responsible and reasonable to allow physicians to commit the final act when they have been involved with a patient all along?

Mr. McGregor: I do not think, as the previous speaker, that the decision should rest solely with physicians. I think it needs to be a multi-disciplinary committee that would decide these things. I am not sure it necessarily should be physicians who do that at all. Should we mandate the people who still take the Hippocratic oath that says, "I will give no lethal medicine", to in fact give lethal medicine, or should we have someone else do it?

My belief is that the conflict that can be created personally for a physician by having this double mandate would create more problems than it will solve. If you do decide that this should be legalized, I am not sure it should be physicians who do that.

As you know, there is no formula to know how much morphine to give someone to ensure they will die, so why should it be physicians who have to do this? What kind of bind, ethically, morally and personally, does that put the physician in?

The Chairman: I am currently reading Mr. van Bommel's book on palliative care, which is very interesting. We have been hearing from several groups and individuals who are involved in palliative care that what we need is more and better palliative care in order that this question may not be so pressing to so many people.

What is your opinion, Dr. McGregor, of the training that all health care providers get? Are they getting sufficient training? That is apart from the fact that we know they are not getting sufficient funds or financial assistance.

Mr. McGregor: In August I started a university centre. Part of the reason I was hired was to develop the program more fully to treat the health care professionals, be they nurses, physicians or others, because the education of the physicians has been inadequate. Certainly when I went through medical school it was inadequate, perhaps non-existent.

Education is beginning to be done. There is a meeting that Dr. Latimer left for now for the foundation of the Canadian Society of Palliative Physicians. Once that is founded, we hope to get a curricula for educating physicians at a specialty level for palliative medicine and for other specialties such as family physicians.

It is my firm belief that a lot of palliative care can be done by family physicians who are adequately trained. This is being addressed by initiatives in Ontario because there is funding set aside in the initiatives that Ms Douglas mentioned for education

[Traduction]

mieux le dossier du patient. Au moment où vous discutez du cas du patient, tout est déjà réglé.

Si notre comité optait pour une position contraire à la vôtre et si toutes ces discussions débouchaient sur une loi qui autorise l'euthanasie, serait-il sérieux et raisonnable, selon vous, de permettre aux médecins de commettre l'acte final lorsqu'ils se sont occupés d'un patient depuis le début?

M. McGregor: Contrairement au témoin précédent, je ne pense pas que les médecins doivent être seuls à prendre la décision. Ce genre de choses doivent faire l'objet d'un examen de la part d'un comité pluridisciplinaire qui prend ensuite une décision. À mon avis, il ne doit pas s'agir nécessairement de médecins. Faut-il demander aux personnes qui continuent de prêter le serment d'Hippocrate, selon lequel il ne faut pas administrer de médicaments entraînant la mort, d'aller à l'encontre de ce principe, ou faut-il confier cette tâche à quelqu'un d'autre?

À mon avis, le conflit interne que l'on risque de susciter chez un médecin chargé de ce double mandat créera plus de problèmes qu'il n'en résoudra. Si vous décidez en fait de légaliser cette procédure, je ne pense pas qu'il faille en charger des médecins.

Comme vous le savez, il n'existe aucune formule qui permet de savoir combien de morphine administrée à un patient pour provoquer sa mort, alors pourquoi en charger les médecins? Quelle genre d'obligation cela crée-t-il pour le médecin, sur le plan personnel, moral et éthique?

La présidente: Je suis en train de lire l'ouvrage de M. van Bommel sur les soins palliatifs, lequel est des plus intéressant. Nous avons entendu le témoignage de plusieurs groupes et particuliers qui dispensent des soins palliatifs, et tous nous ont dit qu'il faut accroître les soins palliatifs et en améliorer la qualité pour éviter que tant de patients envisagent cette solution finale.

Que pensez-vous, docteur McGregor, de la formation que reçoivent tous ceux qui dispensent des soins de santé? Est-elle suffisante? Je ne parle pas ici de l'insuffisance des fonds ou de l'aide financière, problème que nous connaissons tous.

M. McGregor: En août, j'ai mis sur pied un centre universitaire. Si j'ai été engagé, c'est entre autres pour élaborer un programme de formation complet à l'intention des professionnels de la santé, qu'il s'agisse d'infirmiers ou d'infirmières, de médecins ou autres, car l'éducation des médecins dans ce domaine a laissé à désirer. En tout cas, lorsque j'étudiais la médecine, pratiquement aucun cours ne portait sur cette question.

Cette formation commence à être offerte. Le Dr Latimer est parti assister à une réunion en vue de la création de la Société canadienne de la médecine palliative. Une fois cet organisme fondé, nous espérons obtenir un programme de spécialisation en médecine palliative destiné notamment aux généralistes.

Je suis fermement convaincu que des généralistes ayant reçu la formation nécessaire peuvent offrir la plupart des soins palliatifs. Certaines initiatives mises en oeuvre en Ontario visent à résoudre ce problème puisque des fonds ont été réservés au programme

[Texte]

of family physicians who are already in practice. They can be the grassroots of providing care. Our nursing colleagues are ahead of physicians in some respects by their willingness to look at and be educated in palliative care. Education is lacking and it needs to be part of the thrust of developing palliative care.

The Chairman: I believe that I heard Dr. Latimer say something that there should be better palliative care in the clinical setting. Because of all the questioning that went on, I did not have the opportunity to put the question to her. Perhaps you know, because I note that you are co-author of the brief that she presented. Is it your opinion that palliative care should be confined to "professionals", or should there be a wider spectrum of people included who would be actively involved in various types of palliative care?

Mr. McGregor: Palliative care is an interdisciplinary practice. Included in that interdisciplinary team are volunteers — lay people — who provide hands-on bedside care; emotional and spiritual support, and some basic care of the individual patient. Also, we include the family and teach the family how to become involved in caring for the patient. Most of those volunteers have had some training in palliative care and part of the Ontario government initiative is to provide training for volunteers in palliative care.

Not only professionals can provide palliative care. I have seen patients in hospitals choose the cleaning person to be their confidant, the person to whom they speak and the person with whom they discuss life and death issues. I have been at the bedside with a team doing rounds talking about spiritual issues standing beside the pastoral care provider for the team and have the spiritual questions directed at the young pharmacist who was totally floored by the question, but answered it quite well after he regained his aplomb.

Palliative care is not the domain of any profession. I would challenge everyone in this room. It is all our domain. As we sit here we are closer to death than when we started a one o'clock. I hope I have not contributed too much to that.

The Chairman: In your brief you mentioned that in 1987 Health and Welfare Canada developed palliative care service guidelines which were revised in 1989. Apparently that undertaking has not proceeded very far and there is not what might be called a national standard for palliative care. Should there be one?

Mr. McGregor: From the federal government level, there has not been the development of standards. The guidelines are there and I have a copy somewhere. However, I notice that one of the people who has come as an observer has been on the standards committee of the Canadian Palliative Care Association. I believe I am correct in stating that guidelines for setting up

[Translation]

d'éducation de généralistes qui exercent déjà, comme nous l'a signalé M^{me} Douglas. Ces derniers peuvent constituer la base de la prestation de ces soins. Nos collègues infirmières ont de l'avance sur les médecins à certains égards parce qu'elles sont disposées à étudier la question des soins palliatifs et à subir une formation dans ce domaine. L'éducation est insuffisante et elle doit faire partie intégrante des initiatives visant à développer les soins palliatifs.

La présidente: Je crois avoir entendu le D^r Latimer dire qu'il faudrait offrir de meilleurs soins palliatifs en milieu hospitalier. Étant donné toutes les questions qui ont été posées, je n'ai pas eu le temps de lui poser la mienne. Vous pourrez peut-être y répondre puisque je remarque que vous êtes coauteur du mémoire qu'elle a présenté. À votre avis, la prestation des soins palliatifs devrait-elle être limitée à des «professionnels», ou faudrait-il qu'un vaste éventail de gens de spécialisation différente participent activement aux divers types de soins palliatifs?

M. McGregor: Les soins palliatifs constituent une pratique pluridisciplinaire. Parmi cette équipe pluridisciplinaire se trouvent des bénévoles — qui ne sont donc pas des professionnels de la santé — qui se tiennent au chevet des patients, leur offrent un soutien sur le plan moral et spirituel ainsi que certains soins de base. En outre, la famille fait partie du processus et nous lui enseignons à s'occuper du patient. La plupart de ces bénévoles ont reçu une formation en soins palliatifs et l'initiative du gouvernement de l'Ontario vise entre autres à offrir une formation aux bénévoles dans le domaine des soins palliatifs.

Les professionnels ne sont pas les seuls à pouvoir offrir des soins palliatifs. J'ai vu des patients hospitalisés choisir le préposé au nettoyage comme confident, comme personne à qui parler et avec qui discuter de la vie et de la mort. J'ai été au chevet de malades avec une équipe qui faisait des tournées en parlant de questions spirituelles, aux côtés de l'aumônier, et j'ai fait poser les questions d'ordre spirituel au jeune pharmacien qui était totalement atterré par la question, mais qui y a finalement bien répondu après avoir retrouvé ses esprits.

Les soins palliatifs ne sont pas le domaine réservé d'une profession particulière. Je vous mets tous au défi. Cela nous concerne tous. D'ailleurs, pendant que nous discutons, nous sommes plus proche de la mort qu'au début de la réunion, à 13 heures. J'espère n'y être pour rien.

La présidente: Dans votre mémoire, vous dites que, en 1987, Santé et Bien-être social Canada a élaboré des lignes directrices sur les services de soins palliatifs, lesquelles ont été révisées en 1989. Cette initiative n'a apparemment pas débouché sur grand-chose et nous n'avons pas adopté ce que l'on pourrait appeler une norme nationale relative aux soins palliatifs. Faudrait-il en établir une?

M. McGregor: Le gouvernement fédéral n'a élaboré aucune norme dans ce domaine. Les lignes directrices existent et j'en ai d'ailleurs un exemplaire quelque part. Toutefois, je remarque que l'une des personnes qui est venue à titre d'observateur a fait partie du comité des normes de l'Association canadienne des soins palliatifs. Je ne crois pas me tromper en disant que les lignes

[Text]

standards of palliative care for different provinces and for institutions should be ready by September.

The Chairman: Is this as an advisor to the government, to Health and Welfare Canada?

Ms Douglas: This is strictly the associations recognizing the need and working on it for quite some time.

Mr. McGregor: This is not government related. These are the associations that have risen to the occasion and the question might better be directed to the person who is sitting on the standards committee.

Ms Joan McGuinness, Vice President of Ontario Palliative Care Association, Member of Task Force to Develop Standards for Palliative Care, and Coordinator of Palliative Care, Riverside Hospital: Hopefully we will be talking to representatives of Health and Welfare Canada when we develop the guidelines to possibly distribute them.

The Chairman: Do you believe that there should be national standards and that the federal government should have regulatory authority?

Ms McGuinness: The government should have regulatory authority?

The Chairman: Yes, through Health and Welfare Canada. Have you asked? Perhaps you do not expect the department to, or do not want it to.

Ms McGuinness: It would be helpful. This is building on those original guidelines with more experience. We have hands-on people on this committee from across the country. We are looking at it from a community and from a hospital perspective.

The Chairman: Thank you all very much for your message to us.

The committee adjourned.

[Traduction]

directrices sur l'établissement de normes en matière de soins palliatifs destinées aux différentes provinces et aux établissements devraient être prêtes d'ici septembre.

La présidente: S'agit-il d'un groupe consultatif du gouvernement, de Santé et Bien-être social Canada?

M^{me} Douglas: Cette initiative émane strictement des associations qui ont reconnu le besoin et se penchent sur la question depuis pas mal de temps.

M. McGregor: Cela n'a rien à voir avec le gouvernement. Il s'agit des associations qui ont décidé de faire quelque chose et il vaudrait mieux poser la question à la personne qui siège au comité des normes.

M^{me} Joan McGuinness, vice-présidente de l'Association des soins palliatifs de l'Ontario, membre du Groupe de travail chargé d'élaborer des normes en matière de soins palliatifs et coordonnatrice des soins palliatifs, Hôpital Riverside: Nous espérons pouvoir discuter avec des représentants de Santé et Bien-être Canada lorsque nous élaborerons les lignes directrices, en vue de les faire distribuer.

La présidente: À votre avis, devrait-il exister des normes nationales et le gouvernement fédéral devrait-il avoir un pouvoir de réglementation?

M^{me} McGuinness: Vous me demandez si le gouvernement devrait avoir un pouvoir de réglementation?

La présidente: Oui, par l'entremise de Santé et Bien-être Canada. Avez-vous posé la question? Vous ne vous attendiez peut-être pas à ce que le ministère le fasse, ou peut-être ne le souhaitez-vous pas?

M^{me} McGuinness: Ce serait utile. Il s'agit d'ajouter aux lignes directrices initiales en tenant compte de l'expérience acquise. Parmi les membres de ce comité se trouvent des personnes qui ont une expérience concrète et qui viennent de tout le pays. Nous examinons la question du point de vue de la collectivité et de l'établissement hospitalier.

La présidente: Je vous remercie tous sincèrement de nous avoir fait part de vos opinions.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From Hamilton Civic Hospital:

Dr. Elizabeth Latimer.

From the Canadian Association of Social Workers:

Ms Julie Foley.

From the Fondation Responsable jusqu'à la fin:

Mr. Yvon Bureau.

From the Ontario Palliative Care Association:

Ms Shari Douglas;

Dr. James McGregor.

De l'Hôpital général de Hamilton:

Dr. Elizabeth Latimer.

De l'Association canadienne des travailleurs sociaux:

Mme Julie Foley.

De la Fondation Responsable jusqu'à la fin:

M. Yvon Bureau.

De l'Association des soins palliatifs de l'Ontario:

Mme Shari Douglas;

Dr. James MacGregor.



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, May 11, 1994

Le mercredi 11 mai 1994

Issue No. 5

Fascicule n° 5

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Lavoie-Roux
Cools	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Neiman
Keon	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Change in Membership of the Committee

Pursuant to Rule 86(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Cools substituted for that of the Honourable Senator Corbin. (May 10, 1994)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Lavoie-Roux
Cools	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Neiman
Keon	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 86(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Cools est substitué à celui de l'honorable sénateur Corbin. (le 10 mai 1994)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 11, 1994

(9)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:25 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Cools, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault.(7).

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir and Mr. Daniel Dupras.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

Witnesses:

From the Canadian Palliative Care Association

Dr. Paul Henteleff

Ms. Fay Struthers

Ms. Louise Normandin-Miller

From the Royal Victoria Hospital

Dr. Balfour Mount

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 6:10 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 11 mai 1994

(9)

Le Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 25, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Cools, DeWare, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault (7).

Présents: De la Bibliothèque du Parlement, Service de recherche: M^{me} Mollie Dunsmuir et M. Daniel Dupras.

Également présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Témoins:

De l'Association canadienne des soins palliatifs

D^r Paul Henteleff

M^{me} Fay Struthers

M^{me} Louise Normandin-Miller

De l'Hôpital Royal Victoria

D^r Balfour Mount

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le Comité poursuit ses audiences pour son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins font une présentation et répondent aux questions.

À 18 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

ATTESTÉ :

Le greffier du Comité

Gary Levy

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 11, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairperson*) in the Chair.

The Chairman: We are pleased to have, as our first witnesses, representatives of the Canadian Palliative Care Association. We have Fay Struthers and Dr. Henteleff, who will be speaking first. He is the president of the Canadian Palliative Care Association, past president of the Manitoba Hospice Foundation and Medical Director of the Palliative Care Unit of the St. Boniface General Hospital in Winnipeg. Mrs. Struthers is a resident of Ottawa representing palliative care consumers.

Dr. Paul Henteleff, Canadian Palliative Care Association: It is a great pleasure to be here this afternoon, an exhilarating experience to be in the august chamber of the centre of our government. We are here to speak about the care of those who are dying and those who care for them. We see ourselves at the Canadian Palliative Care Association as the spokespersons for those particular objectives.

It is important to begin with the very general observation that for most human beings the idea of dying holds a great deal of terror. It is an unknown experience which most of us do not go through more than once. It holds a great deal of fear because we have visions of enormous suffering. That kind of suffering is indeed a possibility while dying. The point we want to make in our brief, which we have submitted and to which we will speak in somewhat different terms this afternoon, is that the functions or services of palliative care can be very effective in relieving that suffering.

That being the case, we speak in our brief against legalizing euthanasia, but we also make a plea for sufficient resources, that the kind of effective service that palliative care can give be sufficiently available and that all Canadians have access to it. We have no intention to repeat the full content of our brief. We used the brief in order to present tangible evidence to support our case. What we plan to emphasize today is more of an anecdotal or testimonial nature because we believe we have to get across a feeling contrary to the kind of terror and anxiety to which I referred earlier; to flesh out the improved circumstances of people who are dying when they are supported by good palliative care.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 11 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15 pour étudier son ordre de renvoi qui consiste à étudier les problèmes juridiques, sociaux et éthiques liés à l'euthanasie et au suicide assisté et à faire rapport à ce sujet.

Le sénateur Joan Nieman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Nous sommes heureux d'accueillir nos premiers témoins, des représentants de l'Association canadienne des soins palliatifs. M^{me} Fay Struthers et le D^r Henteleff prendront d'abord la parole. Le D^r Henteleff est le président de l'Association canadienne des soins palliatifs, l'ex-président de la Manitoba Hospice Foundation et le directeur médical de l'unité de soins palliatifs à l'hôpital général de St. Boniface, à Winnipeg. M^{me} Struthers est une résidente d'Ottawa qui représente les bénéficiaires de soins palliatifs.

D^r Paul Henteleff, Association canadienne des soins palliatifs: C'est un réel plaisir pour moi d'être ici cet après-midi, de vivre une expérience exaltante dans l'auguste chambre qui est au centre même de notre gouvernement. Nous sommes ici pour parler des soins dispensés aux personnes mourantes et des personnes qui s'en occupent. À l'Association canadienne des soins palliatifs, nous nous percevons comme les porte-parole du public lorsqu'il s'agit d'étudier cet objectif particulier.

Il importe de commencer en faisant remarquer, de façon très générale, que pour la plupart des êtres humains l'idée de la mort est absolument terrifiante. Il s'agit d'une expérience inconnue que la plupart d'entre nous ne connaissons qu'une fois. Elle suscite une forte crainte parce qu'elle évoque en nous une souffrance indicible. Il est effectivement possible qu'une personne souffre à ce point au moment de mourir. L'argument que nous voulons faire ressortir dans notre mémoire, que j'ai présenté et dont nous parlerons en termes un peu différents cet après-midi, c'est que les fonctions ou les services liés aux soins palliatifs peuvent être très efficaces lorsqu'il s'agit d'atténuer ces souffrances.

Ces choses étant dites, nous nous élevons, dans notre mémoire, contre la légalisation de l'euthanasie, mais nous revendiquons également l'octroi de ressources suffisantes, pour que le genre de service efficace que procurent les soins palliatifs soit mis à la disposition de tous les Canadiens. Nous n'avons aucunement l'intention de répéter le contenu intégral de notre mémoire. Nous avons utilisé le mémoire pour présenter des enseignements tangibles à l'appui de nos arguments. Les éléments que nous voulons faire ressortir aujourd'hui sont davantage anecdotiques ou prennent la forme de témoignages, parce que nous croyons qu'il faut vous communiquer un sentiment contraire au genre de terreur et d'angoisse auquel j'ai fait allusion plus tôt; nous voulons faire ressortir à quel point la situation des mourants s'améliore lorsqu'ils peuvent compter sur de bons soins palliatifs.

[Texte]

"Dying with dignity" is an expression widely used in relation to people who are dying. That makes an impressive slogan, but unfortunately it is quite abstract. The notion of dignity is quite abstract. The reality of dignity has to reside uniquely in an individual. It is for that reason that we present generalities in our brief and testimony about individual persons, in order to get across the sense of our objective, to deal with the value of an individual as a unique person.

Therefore, we are not using this testimony to distract from the problem of suffering; we are doing it to illustrate a service in action to relieve that suffering.

We have as our second witness Fay Struthers. We have chosen her because of her availability. She is the widow of a man who died a few years ago. I would like her to tell her story.

Mrs. Fay Struthers, Canadian Palliative Care Association: Thank you. My first experience with someone of a terminally ill disease was my sister-in-law. That was back in the early 1980s. At that time palliative care was just beginning and it was not available to many communities. I was asked to help look after her, which I did. She wanted to stay at home and hopefully die at home. There was no support system for us whatsoever. We saw the doctor monthly during her chemotherapy. She would come home and be violently ill. We would phone and ask what to do and would be told that it was to be expected. No one ever said to us that all hell would break loose and that we would need help. It did and in the end we had to put her in the hospital because I was not capable of giving needles and all those things and she could no longer take things orally. She went to the hospital, and she did not die with dignity. At that time you could only give morphine every four hours no matter what, on the grounds that the patient might become addicted.

Years later, in the late 1980s, my husband was diagnosed as having melanoma. We were sent by the GP to the cancer clinic. My husband and I had discussed what we would do and we had decided that he would die at home, if at all possible. We arrived at the cancer clinic to be told that there was nothing to be done for him, that there is no treatment and to go home. That was an oncologist. We also had an appointment with a radiologist which we were told to cancel because nothing could be done. No one said, "When you need us, we will be here" or "There will be a time when you will need us." We decided that we would see the radiologist to see what he would say because we felt in limbo. He said there was nothing really to be done, but he suggested a few radiation treatments because he did not want my husband not to be able to swallow, that that was not the way to go. We saw him every three months. When my husband started to have pain and he suggested liquid morphine. I was told I could give it

[Translation]

«Mourir avec dignité»: voilà une expression que l'on utilise souvent dans le cas de mourants. Il s'agit là d'un slogan impressionnant, mais malheureusement fort abstrait. La notion de dignité elle-même est fort abstraite. Dans la réalité, c'est l'individu qui a en lui cette dignité. Voilà pourquoi nous présentons dans notre mémoire certaines considérations générales et des témoignages concernant diverses personnes, de façon à vous faire percevoir l'objectif que nous visons: nous attacher à la valeur que présente un individu en tant que personne unique.

Par conséquent, notre témoignage ne vise pas à occulter tout le problème de la souffrance; il vise à illustrer un service qui sert à atténuer cette souffrance.

Notre deuxième témoin sera Fay Struthers. Nous l'avons choisie, parce qu'elle était disponible. Elle est la veuve d'un homme qui est mort il y a quelques années. J'aimerais qu'elle vous raconte son histoire.

M^{me} Fay Struthers, Association canadienne des soins palliatifs: Merci. C'est avec ma belle-soeur que j'ai connu ma première expérience d'une personne souffrant d'une maladie en phase terminale. Cela remonte au début des années 80. À l'époque, les soins palliatifs en étaient à leurs premiers balbutiements, et ils n'étaient pas offerts dans un grand nombre de collectivités. On m'a demandé de m'occuper d'elle, et c'est ce que j'ai fait. Elle voulait demeurer à la maison et espérait y mourir. Aucun système de soutien ne s'offrait à nous. Pendant qu'elle subissait ses traitements de chimiothérapie, nous consultions le médecin une fois par mois. Elle revenait à la maison et était très malade. Nous téléphonions pour demander ce que nous pouvions faire, et on nous répondait que l'on pouvait s'attendre à une telle réaction de sa part. Personne ne nous a jamais dit que ce serait l'enfer et que nous aurions besoin d'aide. C'était effectivement l'enfer, et à la fin nous avons dû la faire hospitaliser puisque je n'étais pas en mesure de lui donner des injections et des choses de ce genre, et qu'elle ne pouvait plus prendre des médicaments par voie orale. Elle est allée à l'hôpital, et elle n'a pas connu une mort en toute dignité. À l'époque, vous ne pouviez administrer de la morphine que toutes les quatre heures, quelles que soient les circonstances, étant donné que le patient pouvait acquérir une dépendance.

Des années plus tard, à la fin des années 80, on a diagnostiqué que mon mari souffrait d'un mélanome. Notre médecin de famille nous a envoyé à la clinique d'oncologie. Mon mari et moi avons discuté de ce que nous ferions, et nous avons décidé que, dans la mesure du possible, il mourrait à la maison. Lorsque nous sommes arrivés à la clinique d'oncologie, on nous a dit qu'il n'y avait rien qu'on pouvait faire pour lui, qu'il n'existait aucun traitement, que nous devions rentrer à la maison. C'est un oncologiste qui nous a dit ça. Nous avons également rendez-vous avec un radiologue, mais on nous a dit de l'annuler parce qu'il n'y avait rien à faire. Personne ne nous a dit: «Quand vous aurez besoin de nous, nous serons là» ou «À un moment donné, vous aurez besoin de nous.» Nous avons décidé de rencontrer quand même le radiologue pour voir ce qu'il nous dirait, parce que nous nous sentions démunis. Il nous a dit qu'il n'y avait vraiment rien à faire, mais a suggéré certains traitements de radiothérapie parce qu'il ne voulait pas que

[Text]

in any amounts that I wanted to as necessary, which we did. He would go every three months for x-rays and they would say everything was fine.

After we got all this news, we went home and we did not feel very secure. After many tears, hugs and getting our house in order, we thought we were pretty clever and we would be able to do it. I thought that I would be able to look after him and that he would die with dignity, as he wanted. His greatest fear was that he would die with uncontrollable pain and without dignity. He was a dignified man who did everything in a dignified way. Eventually he became very ill and we could not cope. We had to have help.

On a Monday morning, having spent the whole weekend sick and trying the soda biscuit treatment and all that nonsense, which did not work, I phoned the cancer clinic to say that my husband was very ill and that we needed help. After passing me around to a number of people, I was told that I needed a social worker. I said, "I do not need a social worker, I need help." Eventually they said that I needed to phone my GP to get connected with a palliative care service, which is the VON in Ottawa. That was at 10 a.m.

At 4 p.m. I got a call from the VON, saying they would be coming, that help is on the way, and they asked, "Do you have the medication?" I asked, "What medication? Aren't you bringing it?" They said, "No, that is up to you." I phoned the cancer clinic to find out about that and they said that they had a prescription for me, but that they were about to close for the day. I said, "Don't you dare close until I arrive." I went through several lights on the way to the clinic because I live a fair distance. They waited for me. I went to the drug store to get the medication and they did not have it. They sent me to another drug store. All this while I had to leave my husband, who was very ill, by himself.

Eventually I got home and the VON arrived. From there on everything was perfect. Within hours they had the nausea under control and they had me feeling that everything would be fine. After we got over the nausea, they said to Jack that they were not there to help him die, that they were there to help him live until he died. To that end they were superb. They came every day and, depending on how he was feeling, they would stay, 5 minutes, a half hour or an hour. He was still very nervous about dying in a great deal of pain, though they were assuring him he would not. We discussed suicide. He had no idea how much time he had. We were told at the cancer clinic, only when I pressed, as the information was not volunteered, that he probably had six months.

[Traduction]

mon mari ne soit pas capable d'avaler, parce que ce n'était pas une mort plaisante. Nous le rencontrions tous les trois mois. Quand mon mari a commencé à ressentir de la douleur, il a suggéré d'administrer de la morphine liquide. On m'a dit que je pouvais lui en donner n'importe quelle quantité, au besoin, et c'est ce que nous avons fait. Tous les trois mois, il subissait une radio, et on nous disait que tout était parfait.

Une fois que l'on nous avait donné cette nouvelle, nous retournions à la maison et nous ne nous sentions pas vraiment en sécurité. Après bien des larmes, bien des étreintes et après avoir mis de l'ordre dans nos affaires, nous croyions avoir une bonne idée de la situation et estimions que nous serions capables de passer à travers l'épreuve. Je croyais que je serais en mesure de m'occuper de lui et que, selon ses désirs, il pourrait mourir en toute dignité. Sa plus grande crainte, c'était de mourir en proie à des douleurs incontrôlables et sans dignité. C'était un homme digne, et tout ce qu'il faisait était empreint de dignité. Il a fini par devenir très malade, et nous ne pouvions plus tenir le coup. Il nous fallait obtenir de l'aide.

Un lundi matin, après avoir passé toute la fin de semaine à être malade et à essayer le traitement aux biscuits soda et toutes ces foutaises, qui ne fonctionnaient pas, j'ai téléphoné à la clinique d'oncologie pour dire que mon mari était très malade et que nous avions besoin d'aide. Après avoir transféré mon appel à un certain nombre de gens, quelqu'un m'a dit que ce dont j'avais besoin, c'était un travailleur social. J'ai répondu: «Je n'ai pas besoin de travailleur social, j'ai besoin d'aide.» On a fini par me dire que je devais communiquer avec mon médecin de famille, qui pourrait m'adresser à un service de soins palliatifs, qu'assurent les infirmières de l'Ordre de Victoria, à Ottawa. Il était 10 h.

À 16 h, j'ai reçu un appel des infirmières de l'Ordre de Victoria, et l'on m'a dit que quelqu'un viendrait, que quelqu'un était en chemin, et on m'a demandé si j'avais le médicament. J'ai rétorqué: «Quel médicament? Vous ne l'apportez pas?» On m'a répondu: «Non, c'est à vous de vous en charger.» J'ai téléphoné à la clinique d'oncologie pour m'informer à ce sujet, et on m'a dit qu'il y avait une ordonnance à mon intention, mais que le bureau était sur le point de fermer. Je leur ai dit: «Vous êtes mieux de ne pas fermer la clinique avant que j'arrive.» Comme je vis à une bonne distance de la clinique, j'ai dû brûler plusieurs feux rouges. On m'a attendue. Je me suis rendue à la pharmacie pour obtenir le médicament, mais on ne l'avait pas. On m'a envoyée à une autre pharmacie. Pendant tout ce temps, mon mari, qui était fort malade, a dû rester tout seul.

J'ai fini par revenir à la maison, et les infirmières de l'Ordre de Victoria sont arrivées. À partir de là, tout était parfait. En quelques heures, elles ont maîtrisé la nausée et m'avaient donné le sentiment que tout irait bien. Une fois le problème de la nausée réglé, elles ont dit à Jack qu'elles n'étaient pas là pour l'aider à mourir, qu'elles étaient là pour l'aider à vivre jusqu'à ce qu'il meure. À ce titre, leurs services ont été superbos. Elles venaient tous les jours, et selon son état, elles restaient cinq minutes, une demi-heure ou une heure. Il était encore très nerveux à l'idée de mourir en proie à une douleur atroce, mais elles l'ont assuré qu'il n'en serait rien. Nous avons parlé du suicide. Il n'avait aucune idée du temps qui lui restait. À la clinique d'oncologie, on nous a

[Texte]

In the end he lived for two and a half years, but one never knows with this disease. We discussed that he would take all the medicine we had in the house and all the things he could take. We discussed that we would both do the suicide, because we were close and one did not want to go on without the other. Then we discussed it with the VON nurse. She said that that is not the way to go and asked, "What will you do if you botch it?" We thought of that too. In the end they said they would guarantee that he would die with dignity and that they would control the pain.

To that end, they kept their promise. Whenever he was in more pain than the medication was covering, they would increase the morphine. At one point he had to go to the hospital and have a thing removed in his arm, and he told the surgeon that he was now taking 800 or 900 milligrams of morphine per day. The doctor was shocked because his expertise was as a surgeon. He was not up on all this pain. Jack explained to him that he was perfectly fine that he was only given enough morphine to control the pain, not to go on a high or anything. This went on and on. As time went on, the nurses were very good to me. They wanted to know how I was coping and how the family was coping.

They all suggested that we tell our grandchildren, who at that time were at ages six, seven and eight, because it was not fair to have a grandfather one day and not the next. I explained to the children that they had two grandfathers, that one had recently had a heart bypass and the doctor was able to fix him, but that this grandfather was ill and could not be fixed. They accepted that he was going to die. I think it was good for them to know. They came to the house frequently and saw him in all stages, as did our friends.

Everyone was supportive. If we had been in the hospital the friends could not have come at 10 a.m. at 8 or 9 p.m. He lived in his own home, and when he felt like it, he planted his garden and did all those things. All the time the nurse came. We had the same nurse five days a week, but even the nurses who came on the weekend knew about us. Several times we had to call at night, and within 20 or 25 minutes help would arrive.

During this period our general practitioner, who happened to be a neighbor and a friend, came weekly, but he would have come no matter where we were. In the beginning he did not know much about what to do because we were only the second patient he had had at home needing palliative care. It became a great learning experience because I could see him growing as the weeks went by. He was really dependent on the nurse and what she thought we needed for pain killers. She would tell him that we needed certain things. Of course, he had to give the prescription. He came to

[Translation]

dit — mais seulement après que j'eus fait des pressions, parce que cette information ne nous a pas été fournie spontanément — qu'il lui restait probablement six mois. Il a fini par vivre deux ans et demi, mais on ne sait jamais, avec cette maladie. Nous avons convenu qu'il prendrait tous les médicaments que nous avions dans la maison et toutes les choses qu'il pouvait prendre. Nous avons discuté de la possibilité de nous suicider tous les deux, parce que nous étions unis et qu'on ne voulait pas qu'un meure sans l'autre. Ensuite, nous en avons discuté avec l'infirmière de l'Ordre de Victoria. Elle a dit que ce n'était pas une bonne idée et a demandé: «Qu'allez-vous faire si vous ratez tous les deux votre coup?» Nous avons pensé à cela aussi. Elles ont fini par nous dire qu'elles pouvaient garantir que mon mari mourrait en toute dignité et qu'il parviendrait à maîtriser la douleur.

À cet égard, ils ont tenu promesse. Toutes les fois où la douleur était si intense que le médicament ne l'atténuait pas, on augmentait la quantité de morphine. À un moment donné, il a dû se rendre à l'hôpital et se faire enlever quelque chose du bras, et il a dit au chirurgien qu'il prenait alors 800 ou 900 milligrammes de morphine par jour. Le médecin a été catastrophé, parce qu'il était chirurgien. Il n'avait aucune idée de toute la douleur. Jack lui a expliqué qu'il était parfaitement bien et que la quantité de morphine qu'on lui donnait ne visait qu'à maîtriser la douleur, et ne le faisait pas «planer», ni quoi que ce soit du genre. Les choses ont continué ainsi. Au fil du temps, les infirmières ont été très bonnes pour moi. Elles voulaient savoir comment je me débrouillais, comme la famille se débrouillait.

Elles ont toutes suggéré que nous en parlions à nos petits enfants, qui à l'époque étaient alors âgés de 6, 7 et 8 ans, parce qu'il n'était pas juste pour eux d'avoir un grand-père un jour et de ne plus en avoir le lendemain. J'ai expliqué aux enfants qu'ils avaient deux grands-pères, que l'un d'eux avait récemment subi un pontage et que le médecin avait pu «le réparer», mais que leur autre grand-père était malade et qu'on ne pouvait pas «le réparer». Ils ont compris que leur grand-père allait mourir. Je crois que c'était une très bonne chose qu'ils le sachent. Ils sont venus souvent à la maison, l'ont vu à tous les stades de la maladie, tout comme nos amis.

Tout le monde nous a appuyés. Si nous avions été à l'hôpital, nos amis n'auraient pas pu venir à 10 h, ou à 20 h ou 21 h. Mon mari a vécu chez lui, et quand il en avait le goût, il s'occupait de son jardin et faisait toutes les choses qui lui plaisaient. Pendant tout ce temps, l'infirmière venait à la maison. La même infirmière venait cinq jours par semaine, mais même les infirmières qui venaient la fin de semaine nous connaissaient. À plusieurs reprises, nous avons dû les appeler le soir, et 20 ou 25 minutes plus tard, elles venaient nous aider.

Au cours de cette période, notre médecin de famille, qui se trouve être un voisin et un ami, venait nous voir toutes les semaines, mais il serait venu, quel que soit l'endroit où nous nous serions trouvés. Au début, il ne savait pas vraiment quoi faire parce que ce n'était que la deuxième fois qu'un de ses patients était à la maison et avait besoin de soins palliatifs. L'expérience lui a permis d'apprendre beaucoup, parce que je pouvais le voir s'épanouir à mesure que les semaines passaient. Il s'en remettait vraiment à l'infirmière pour établir le type d'analgésiques dont,

[Text]

rely on her because she was there every day; he came once a week. She knew exactly what it was we needed. Without her or the support of the VON, we would never have gotten through it.

They explained that there would be a time when Jack would have to go to the hospital. That did not happen. In the end, the VON nurse was there when he died. She seemed to know these things, and was there, as she promised Jack. He did die with dignity at home, I would say, 99 per cent pain free.

After he died they came to the house several times to see how I was doing, to make sure I was coping. That was my support system. If it had not been for the care we got through the palliative care people, we would never have been able to stay at home and have Jack die with dignity, as everyone should.

Dr. Henteleff: Obviously that is one story. I think it is noteworthy about the difficulty that even capable, self-sufficient and comfortably-off people can run into when we have a health care system that is so disconnected and which in its many parts, is able to bring a relationship to an end — no more care from this part of the health care system and no mechanism for relating to another part. Then we have in contrast the possibility of a health care system that is integrated and continuous. Those are the main features of an impression of good palliative care that we would like to get across.

Mary Martin, the other witness we expected, could not be here. She is a volunteer with palliative care. We wanted to have a volunteer here to get across that palliative care is not strictly a medical or professional service. Volunteers play an important part, as do several health care disciplines.

Besides personifying the volunteer role in palliative care, Mary had some interesting points to make. I would like to make those points on her behalf. The first of these was an anecdote about a very tough stevedore she was visiting and who appeared to be tense.

The Chairman: Excuse me, Dr. Henteleff, you might say that she is from Halifax and a volunteer at the Camp Hill Medical Centre.

Dr. Henteleff: Thank you, Madam Chairman. You will find in some ways she was from heaven, too.

The stevedore was not accustomed to admitting that he was having any distress and she said to him, "Are you having any pain?" He said, "Yes." She is not a physician, or a nurse. She sat with him and chatted and visited. After 15 or 20 minutes she said, "You seem okay now." He said, "It's much better when you're here with me."

[Traduction]

selon elle, mon mari avait besoin. Elle lui disait que nous avions besoin de certaines choses. Évidemment, il devait établir l'ordonnance. Il en est venu à s'en remettre à elle parce qu'elle était là tous les jours; il venait une fois par semaine. Elle savait exactement ce dont nous avions besoin. Sans elle, sans l'appui des infirmières de l'Ordre de Victoria, nous n'aurions jamais pu passer à travers l'épreuve.

On nous a expliqué qu'à un moment donné Jack devrait se rendre à l'hôpital. Ça ne s'est pas produit. À la fin, l'infirmière était là quand il est mort. Elle semblait connaître ces choses, et elle était là comme elle l'avait promis à Jack. Il est effectivement mort en toute dignité chez lui et n'a ressenti, je dirais, que très très peu de douleur.

Après sa mort, les infirmières sont venues à la maison à quelques reprises pour voir comment je me portais, pour s'assurer que je réagissais bien à la situation. Ce sont elles qui ont été mon système de soutien. Si ce n'avait été des soins que nous avons obtenus par l'entremise des gens des soins palliatifs, nous n'aurions jamais pu demeurer à la maison et faire en sorte que Jack meure avec dignité, comme chacun devrait le faire.

Dr. Henteleff: Manifestement, c'est là une histoire. Je crois qu'il convient de souligner les difficultés auxquelles peuvent faire face même des gens capables, autonomes et aisés quand notre infrastructure sanitaire est si «déconnectée» avec ses nombreuses composantes, qu'elle peut mettre fin à une relation — on n'obtient plus de soins d'un élément de l'infrastructure, et il n'existe aucun mécanisme pour passer à une autre composante. Ensuite, par contraste, il est possible de mettre sur pied une infrastructure sanitaire intégrée et continue. Ce sont les principales caractéristiques des soins palliatifs de qualité sur lesquels nous aimerions faire porter l'accent.

Mary Martin, l'autre témoin que nous attendions, n'a pas pu être des nôtres. Elle est une bénévole qui dispense des soins palliatifs. Nous voulions qu'une bénévole vienne ici pour vous faire comprendre que les soins palliatifs ne sont pas un service strictement professionnel ou médical. Les bénévoles jouent un rôle important à ce titre, tout comme les représentants de plusieurs disciplines des soins de santé.

En plus de personnifier le rôle du bénévole dans les soins palliatifs, Mary avait quelques arguments intéressants à présenter. J'aimerais les présenter en son nom. Tout d'abord, elle devait vous parler d'un débardeur très robuste qu'elle visitait et qui semblait être tendu.

La présidente: Excusez-moi, docteur Henteleff, vous pourriez préciser qu'elle est de Halifax et qu'elle travaille comme bénévole au Camp Hill Medical Centre.

Dr. Henteleff: Merci, madame la présidente. Vous verrez, de certaines façons, qu'elle semble tomber du ciel.

Le débardeur n'était pas habitué à admettre qu'il souffrait, et elle lui a demandé s'il éprouvait de la douleur. Il a répondu que c'était le cas. Elle n'est ni médecin, ni infirmière. Elle s'est assise avec lui et a parlé de choses et d'autres. Après 15 ou 20 minutes, elle lui a dit: «Vous semblez vous sentir mieux, maintenant.» Il a répondu: «C'est beaucoup mieux quand vous êtes là avec moi.»

[Texte]

This illustrates a very important point about caring and comfort. It is very easy in a culture with a tradition that distinguishes the mind from the body as separate things, to tend to think that pain is strictly a bodily function. We have just heard a witness saying that pain is a very human, total experience that has emotional, social and physical sides to it.

Mary Martin was also going to say something else. She told us that when she began her work as a volunteer in palliative care, she favoured the legalization of euthanasia, in principle. But what she had seen as a participant/observer, as a volunteer of palliative care, led to her reversing her position. She is now part of the palliative care position against the legalization of euthanasia.

In our view, palliative care is an important solution to the problems of suffering associated with dying. We are against the proposal to legalize euthanasia, largely to protect vulnerable individuals. However, we do think that the resources for palliative care need substantial increase in order that sufficient service will be available to meet the needs of everyone in Canada for whom they are relevant. We need more resources for training so that we do not have to have doctors being taught piecemeal, by nurses who know more than they do. There is room for considerable research because we cannot pretend we already know everything that could possibly be known about how to make people comfortable, despite the fact that they have incurable and fatal illnesses.

There are more detailed recommendations in our submission found on page 6. They are not our own, but come out of considerable work that has preceded these hearings. They are largely the result of work done by the Cancer Society, through Cancer 2000. One is the notion of developing regional palliative care centres. Another is the notion of having all health care professionals, in particular doctors and nurses, trained appropriately to be realistic about terminal illness and to have the skills of communication and help that is relevant.

We believe there should be a certified status for specialists in both nursing and medicine in this area. We think all regional oncology or cancer centres should have palliative care expertise.

We believe that the National Cancer Institute of Canada should bring to an end what has been a neglect of palliative care research and should be calling for research.

At the present time our country is in rather a turmoil about suffering related to dying. What we are trying to present is a solution to that turmoil. We see the Senate as having an opportunity to support the palliative care approach; the approach

[Translation]

Cela met en lumière un élément très important des soins et du réconfort. Il est très facile, dans le cadre d'une culture qui, traditionnellement, établit une distinction entre l'esprit et le corps, d'avoir tendance à penser que la douleur est strictement physique. Nous venons tout juste d'entendre un témoin dire que la douleur est une expérience très humaine, totale, qui présente une dimension émotive, sociale et physique.

Mary Martin allait aussi vous parler d'autre chose. Elle nous a dit qu'au moment où elle a commencé à travailler comme bénévole dans le secteur des soins palliatifs, elle était en faveur, en principe, de la légalisation de l'euthanasie. Mais ce qu'elle avait vu, au moment où, en qualité de bénévole chargée de dispenser des soins palliatifs — que son rôle soit celui de participante ou d'observatrice — l'avait poussée à changer d'avis. Elle préconise maintenant des soins palliatifs plutôt que la légalisation de l'euthanasie.

À notre avis, les soins palliatifs constituent une solution importante aux problèmes associés à la douleur dont s'assortit la mort. Nous sommes opposés à la proposition visant à légaliser l'euthanasie, essentiellement en vue de protéger les personnes vulnérables. Toutefois, nous croyons effectivement qu'il faut accroître de façon substantielle les ressources consacrées aux soins palliatifs pour que des services suffisants soient offerts à tous les Canadiens qui en ont besoin, de façon à répondre à leurs besoins. Nous avons besoin de plus de ressources consacrées à la formation de façon à ce que les médecins ne se fassent pas enseigner la pratique au compte-goutte par des infirmières qui en savent plus qu'eux. Il y a lieu de procéder à des recherches considérables, parce que nous ne pouvons prétendre connaître déjà tout ce que nous pourrions possiblement savoir sur la façon d'assurer le confort des malades, même s'ils souffrent d'une maladie incurable et fatale.

Vous trouverez, à la page 6 de notre mémoire, des recommandations plus détaillées. Ce ne sont pas les nôtres; elles découlent de nombreux travaux qui ont précédé la tenue de vos audiences. Elles résultent essentiellement de travaux effectués par la Société canadienne du cancer, dans le cadre de Cancer 2000. L'une a trait à la création de centres régionaux de soins palliatifs. Une autre consiste à faire en sorte que tous les professionnels des soins de santé, en particulier les médecins et les infirmières, reçoivent une formation adéquate et réaliste au sujet des maladies en phase terminale, de façon à posséder les compétences voulues en matière de communication et d'aide.

Nous croyons qu'il devrait exister une accréditation de cette spécialité, aussi bien pour les médecins que pour les infirmières. Nous croyons que tous les centres régionaux d'oncologie ou de cancer devraient compter des spécialistes des soins palliatifs.

Nous croyons que l'Institut national du cancer du Canada devrait mettre fin à la négligence dont a fait l'objet la recherche sur les soins palliatifs et devrait promouvoir la recherche dans ce domaine.

À l'heure actuelle, notre pays est en effervescence en ce qui concerne la douleur dont s'assortit le fait de mourir. Ce que nous essayons de présenter, c'est une solution à toute cette agitation. À notre avis, le Sénat a l'occasion d'appuyer l'approche axée sur les

[Text]

which is able to accept human mortality and which is skilled in serving those who suffer and grieve.

We think the Senate can help by retaining the prohibition on the taking of life. We recommend this to protect people who are vulnerable, whether their vulnerability is because they are not competent to speak for themselves or because they are disabled in their decision-making by the pressure of being seen as a burden.

Finally, we see that the Senate's voice can be added to those calling for resources sufficient to provide service, to pay for research and to improve the kind of care we can provide to those who are terminally ill.

That brings our formal presentation to a close, Madam Chairman. We would be pleased to answer any questions.

The Chairman: Thank you, Dr. Henteleff. Senator Beaudoin.

Senator Beaudoin: Thank you very much for your excellent presentation. Of course, we are all in favour of palliative care, which I think is a good solution. You are against euthanasia for the protection, mostly of vulnerable people.

What about those who have made living wills in which they have asked for euthanasia in case they are suffering or when they lose all their capacities. Are you for or against it in a case like that?

Dr. Henteleff: I am not aware, senator, of any form of living will which includes a request for euthanasia. I do not think the argument has been pushed to that point. A living will is more specifically about not undertaking useless treatment, permitting death to take its course.

Senator Beaudoin: Yes, that is not a very difficult problem in the case of leaving nature as it is. Are you not aware of any living wills which have such a provision? I heard about it. I do not know if it is true. You say it is not.

Dr. Henteleff: To the best of my knowledge, wherever living wills have been established as a process under law, it does not include requests for euthanasia because there is not anywhere under law where euthanasia can be legally requested and delivered.

Mrs. Struthers: If I could interrupt, we had a living will in which it was stated that there were to be no life-saving devices. For instance, if my husband had to go to the hospital by ambulance, the paramedics were not to use any life-saving devices. Euthanasia was never mentioned in it. You have the option to write in the living will what you wish done. Whether we could have added euthanasia, I do not know, but we did not.

[Traduction]

soins palliatifs, cette approche axée sur le fait que l'on reconnaît la mortalité humaine et que l'on dispose des compétences nécessaires pour dispenser des services aux personnes qui souffrent et sont plongées dans l'affliction.

Nous croyons que le Sénat peut faire sa part en maintenant l'interdiction qui s'applique au fait de prendre la vie de quelqu'un. Notre recommandation vise à protéger les gens vulnérables, qu'ils soient vulnérables parce qu'ils ne sont pas aptes à se prononcer pour eux-mêmes ou parce qu'ils ne peuvent prendre des décisions du fait qu'ils sont perçus comme un fardeau.

En dernier lieu, nous estimons que la voix du Sénat peut s'unir à toutes celles qui réclament l'octroi de ressources suffisantes pour que l'on puisse offrir des services, payer la recherche et améliorer le genre de soins que nous pouvons offrir aux malades en phase terminale.

Voilà qui conclut notre exposé officiel, madame la présidente. Nous serons heureux de répondre à toute question.

La présidente: Merci, docteur Henteleff. Sénateur Beaudoin.

Le sénateur Beaudoin: Merci beaucoup de cet excellent exposé. Évidemment, nous sommes tous en faveur des soins palliatifs, et je crois personnellement qu'il s'agit d'une bonne solution. Vous êtes opposé à l'euthanasie par souci de protéger principalement des gens vulnérables.

Mais que dire de ceux qui ont établi un testament biologique dans lequel ils demandent qu'on les euthanasie s'ils souffrent ou au moment où ils perdront toutes leurs capacités. Dans un tel cas, êtes-vous en faveur de l'euthanasie ou non?

D^r Henteleff: Je n'ai jamais entendu parler, sénateur, d'une forme de testament biologique qui comprend une demande d'euthanasie. Je ne crois pas que l'argument ait été poussé aussi loin. Un testament biologique porte expressément que l'on ne doit pas instaurer un traitement inutile et que l'on doit permettre à la mort de survenir.

Le sénateur Beaudoin: Oui, le problème n'est pas difficile s'il s'agit de laisser la nature suivre son cours. N'avez-vous jamais entendu parler d'un testament biologique contenant une telle clause? J'en ai entendu parler. Je ne sais pas si c'est vrai. À votre avis, ce n'est pas le cas.

D^r Henteleff: Au meilleur de ma connaissance, toutes les fois où on a établi la possibilité, en vertu de la loi, de rédiger un testament biologique, ce dernier ne peut comprendre une demande d'euthanasie parce que la loi ne prévoit nulle part la possibilité de demander l'euthanasie ou de prendre les mesures qui s'imposent à cet égard.

M^{me} Struthers: Si vous me permettez de vous interrompre, nous avons établi un testament biologique dans lequel on précisait qu'aucun appareil visant à nous maintenir en vie ne devait être utilisé. Par exemple, si mon mari avait dû se rendre à l'hôpital en ambulance, les travailleurs paramédicaux ne devaient pas utiliser d'appareil de ce genre. Le testament ne mentionnait pas l'euthanasie. Vous avez le choix d'écrire, dans le testament biologique, ce que vous voulez qu'on fasse. Je ne sais pas si nous aurions pu ajouter l'euthanasie, mais nous ne l'avons pas fait.

[Texte]

Senator Beaudoin: Obviously, we have laws in our country. Other countries have different laws. Some countries, such as England, and I think that Canada is in the same category, place the accent on palliative care, which sounds logical. Some people say, "What about the decision made by the person himself or herself?" I think it is one problem with which we will have to deal.

Is your solution to have recourse to palliative care?

Dr. Henteleff: Yes. The argument we have presented is that palliative care does a sufficiently effective job in providing comfort, care and a sense of being valued that the desire for death under those circumstances is very uncommon and, when it does occur, it is usually on the basis of a separately existing psychiatric condition, something which psychiatrists call a clinical depression. In the brief, in order to keep it simple, I call it a "psychiatric depression" in order to make it different from what in everyday language we call, "feeling depressed", which would mean the same as sad.

Senator Keon: Dr. Henteleff, in your opinion, is the desire to be killed or the desire to have euthanasia a pathological condition? I have asked this of other witnesses. I have raised the question of the lack of knowledge about the pathophysiology, psychopharmacology and the psychophysiology surrounding dying and whether the chemistry of the brain is dysfunctional when someone wishes to be killed and whether that chemistry could be reversed with the appropriate intervention.

Dr. Henteleff: Senator, I am not an expert in brain chemistry. What we have referred to in our brief is one of an extremely limited, and maybe the only two, published studies about desire for death in patients who are classified as terminally ill. The first survey done indicated that a desire for death was universally associated with those people who could be considered psychiatrically depressed.

One of the most important understandings about psychiatric depression is that it can be called a biochemical brain disturbance. It has a hereditary quality. It has a repetitive quality. It has its own cycle. Whatever the arguments are, it is generally regarded as a neurophysiological disturbance, a pathology.

It is treatable. Like all treatments, there are not 100-per-cent treatments which guarantee no harm. That is the limit of humans as treaters. It would be classified as a treatable chemical brain disturbance.

The second, more recent study, which is larger and likely more precise, is reported on page 2 of our brief. This study covers 200 patients, but the publications only cover the first 130. It showed that of that 130 one in ten, or 10 per cent, showed a significant desire for early death. Of these, two-thirds of them

[Translation]

Le sénateur Beaudoin: Manifestement, il existe des lois dans notre pays. D'autres pays ont des lois différentes. Certains pays, comme l'Angleterre, et je crois que le Canada est dans la même catégorie, font porter l'accent sur les soins palliatifs, ce qui semble logique. Certaines personnes se demandent: «Mais qu'en est-il de la décision prise par la personne même?» Je crois qu'il s'agit là d'un problème avec lequel nous devons composer.

La solution que vous préconisez est le recours aux soins palliatifs?

D^r Henteleff: Oui. L'argument que nous avons présenté, c'est que les soins palliatifs sont suffisamment efficaces lorsqu'il s'agit de fournir un certain réconfort, des soins et un sentiment de valeur personnelle à une personne. Dans de tels cas, le désir de mourir est très rare et, lorsqu'il est présent, il est habituellement dû à un trouble psychiatrique distinct, quelque chose que les psychiatres appellent la dépression clinique. Dans le mémoire, pour simplifier les choses, je parle de «dépression psychiatrique» pour la distinguer de ce que, dans la langue de tous les jours, nous appelons un «sentiment de dépression», qui revient plus ou moins à de la tristesse.

Le sénateur Keon: Docteur Henteleff, à votre avis, le désir d'être tué ou le désir de se faire euthanasier ressort-il à une affection pathologique? J'ai posé cette question à d'autres témoins. J'ai soulevé la question du manque de connaissances au sujet de la physiopathologie, de la psychopharmacologie et de la psychophysologie qui entourent le fait de mourir, et j'ai demandé si le fonctionnement du cerveau était altéré sur le plan chimique quand quelqu'un demandait d'être tué ou si cette chimie pouvait être corrigée, grâce à une intervention appropriée.

D^r Henteleff: Sénateur, je ne suis pas un spécialiste de la chimie du cerveau. Dans notre mémoire, nous avons fait allusion à l'une des études très limitées qui ont été publiées — il y a en a peut-être seulement deux — au sujet du désir de mourir qu'éprouvent des malades jugés en phase terminale. La première étude qui a été réalisée révélait que le désir de mourir se retrouvait toujours chez les personnes de ce groupe qui pouvaient être considérées comme souffrant de dépression psychiatrique.

L'une des caractéristiques les plus importantes de la dépression psychiatrique, c'est que l'on peut la considérer comme un trouble cérébral biochimique. Elle est héréditaire. Elle est répétitive. Elle a un cycle qui lui est propre. Quels que soient les arguments invoqués, on considère généralement cette affection comme un trouble neurophysiologique, comme un état pathologique.

Elle peut être traitée. Comme dans le cas de tous les traitements, il n'existe pas de traitement qui ne comporte absolument aucun risque. Voilà la limite à laquelle nous nous heurtons, nous humains, lorsque nous prodiguons des traitements. Une telle affection serait classée parmi les troubles cérébraux chimiques pouvant être traités.

La deuxième étude, plus récente, a une plus grande portée et est probablement plus précise. Nous en parlons à la page 2 de notre mémoire. Cette étude avait trait à 200 patients, mais la publication n'aborde que le cas de 130 d'entre eux. L'étude révèle que, parmi ces 130 personnes, 10 p. 100 manifestaient un désir marqué de

[Text]

— we are now down to six per cent of the whole population — were easily categorized as psychiatrically depressed. That leaves us with about three or four per cent who would appear to be desirous of death, but not able to be classified as having a psychiatric disturbance in the form of depression.

That leaves the door open for a small number of people desiring death in the palliative care situation who are not depressed and therefore for which there is no psychiatric treatment.

A rider that the researcher added was that they were able to reinterview six patients who wanted death a couple of weeks later. Half of them had changed their minds. That tells me that most suicidal thinking in palliative care patients who are terminally ill is psychiatric and treatable. The small portion who are not in that category are changeable, not consistent over time, a short time. That makes it difficult to define a consistent desire for death that is not psychiatric in its origin.

Senator Keon: You have confirmed an impression that I have had; that there has been very little scientific research into the actual disturbed psychophysiology of dying. It concerns me that we are pressing forth in a social way with a phenomenon that we do not understand from a basic science point of view. Perhaps there is information of which I am not aware, but I have done a literature search on this issue myself in preparation for this committee. I was surprised to find, and I have consulted a couple of my psychiatrist friends about it, just how little has been done in the area.

Is there anything else of which you are aware, apart from the two papers to which you have referred? Or am I missing something?

Dr. Henteleff: It is what I am aware of, which is what we drew upon. I could go on to speak about why the material available is limited, but that may be of more interest to a research group.

Senator Keon: I think it would be of tremendous interest to us if you would go on and speak about that.

Dr. Henteleff: Finding people to interview and examine means identifying people who are dying. We live in a society that is reluctant to do that. It takes time. Death often carries away the subject material of the study. That is a serious limiting factor.

Even though a person may be identified as dying, research is very intrusive and human considerations often stand in the way of even asking someone if they are willing to be a subject of research while their last bits of energy are draining from them. It is possible to do it, as these studies demonstrate, but there are difficulties.

[Traduction]

connaître une mort précoce. De ce nombre, les deux tiers — nous parlons maintenant de 6 p. 100 de l'ensemble du groupe — pouvaient facilement faire l'objet d'un diagnostic de dépression psychiatrique. Il ne reste donc que 3 ou 4 p. 100 de personnes qui sembleraient souhaiter la mort, mais qui ne sauraient être classées comme souffrant d'un trouble psychiatrique prenant la forme de dépression.

Il reste donc un petit nombre de personnes qui souhaitent mourir pendant qu'ils reçoivent des soins palliatifs, qui ne sont pas déprimées et, par conséquent, qui ne peuvent faire l'objet d'un traitement psychiatrique.

Le chercheur a toutefois émis une réserve: ils ont pu faire subir une nouvelle entrevue à six patients qui souhaitaient mourir, quelques semaines plus tard. La moitié avait changé d'idée. Cela dénote que la plupart des pensées suicidaires, chez les malades recevant des soins palliatifs qui sont en phase terminale, sont d'origine psychiatrique et peuvent être traités. Le petit nombre de personnes qui n'entrent pas dans cette catégorie peuvent changer d'idée, et le font au fil du temps, même sur une courte période. Il est donc difficile de définir un désir de mourir constant qui ne soit pas d'origine psychiatrique.

Le sénateur Keon: Vous avez confirmé une impression que j'éprouvais; il y a très peu de recherche scientifique qui ait été effectuée au sujet des perturbations psychophysologiques dont s'assortit l'imminence de la mort. Ce qui me préoccupe, c'est que nous allons de l'avant, sur le plan social, dans notre étude d'un phénomène que nous ne comprenons pas, d'un point de vue scientifique. Peut-être n'ai-je pas toutes les données en main, mais j'ai moi-même dépouillé la documentation à ce sujet en vue de me préparer à siéger au comité. J'ai été surpris de constater à quel point on avait peu accompli dans ce domaine, et j'ai consulté quelques amis psychiatres à ce sujet.

À votre avis, existe-t-il autre chose, outre les deux études auxquelles vous avez fait allusion? Ou est-ce qu'il y a quelque chose qui m'échappe?

Dr. Henteleff: Ce sont les recherches que je connais, sur lesquelles nous avons appuyé notre mémoire. Je pourrais vous parler de la raison pour laquelle les documents disponibles sont limités, mais cette question pourrait intéresser davantage un groupe de recherche.

Le sénateur Keon: Je crois que cette question nous intéresserait au plus haut point, et j'aimerais que vous nous en parliez.

Dr. Henteleff: Pour trouver des gens à interviewer et à examiner, il faut d'abord cerner des gens qui sont en train de mourir. Nous vivons dans une société qui répugne à le faire. Il faut du temps. Souvent, la mort emporte le sujet à l'étude. Il s'agit là d'un facteur qui limite beaucoup les recherches.

Même si l'on peut établir qu'une personne est en train de mourir, la recherche est très effractive, et les considérations humanitaires empêchent souvent le chercheur de demander à une personne si elle serait disposée à participer à une recherche au moment même où elle est en train de perdre le peu d'énergie qui lui reste. C'est possible de le faire, comme le prouvent ces études, mais les difficultés sont réelles.

[Texte]

A final difficulty is that medicine has not taken a great deal of interest in dying. I think Doctor Osler did, but that was a long time ago. The new interest is only a quarter of a century old from its real stimulation with Cicely Saunders in Great Britain. The new interest then has to be in competition with other kinds of research for funding. It is difficult to make a research proposal in an unknown area because there are not any partly-solved problems on which to build new hypotheses.

I think that is enough in terms of problems.

Senator Lavoie-Roux: You favour palliative care as being a more adequate answer for people who are facing death. Could you be more specific? You said we need more resources. In terms of the palliative care itself and knowledge about palliative care, rather than resources, where would you put your priorities? Would it be in the field of research in pain?

I would also like to know if you have noticed some difference in palliative care given in the home and given in institutions; nursing homes and hospitals. Is one more satisfactory than the other? Should one be accented more than another, in terms of costs and the ability of families to cope? I know it has many aspects.

Dr. Henteleff: There are two questions. Where would the first priority go? I certainly do not think that the very first priority has to be on research. The material which we have brought forward as evidence about the effectiveness of palliative care tells us that a large majority of patients can be made comfortable and have lives that are of some satisfaction, to the extent that they do not want their lives to end. That can be achieved with the skills and techniques, drugs, whatever, available now. There is room for improvement, but the first priority in our view is the application of that.

A subsidiary point is that expansion of resources means training and reorganization of services. It is not a balloon into which you put more air and it expands. This is an expansion of human activity which requires motivation, training, organization.

Application of palliative care by expanding service would be our first priority.

The second question about home versus hospital is awkward. The approach I will take is to remind you about what I said earlier about the individual. Individuals have their own values, their own sense of what is important. It is easy to have an idealized sense of how I think I would like to die. We can have an idealized sense of how we would like to live, but you cannot always achieve that.

[Translation]

Un dernier problème tient au fait que la médecine ne s'est jamais intéressée beaucoup à la mort. Je crois que le docteur Osler l'a fait, mais il y a longtemps. Le nouvel intérêt s'est manifesté il y a seulement un quart de siècle, et résulte en réalité de l'affaire de Cicely Saunders, en Grande-Bretagne. Ainsi, ce nouvel intérêt doit concurrencer d'autres types de recherche pour obtenir le financement nécessaire. Il est difficile de présenter un projet de recherche dans un domaine inconnu parce qu'il n'existe pas de problèmes résolus en partie sur lesquels on peut asseoir de nouvelles hypothèses.

Je crois que j'ai évoqué suffisamment de problèmes.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous êtes en faveur des soins palliatifs qui, selon vous, représentent une solution plus adéquate dans le cas des gens qui font face à la mort. Pourriez-vous être plus précis? Vous avez dit que nous avons besoin d'un plus grand nombre de ressources. En ce qui concerne les soins palliatifs proprement dits et les connaissances sur ces soins, plutôt que les ressources, à quoi devrions-nous, à votre avis, accorder la priorité? Devrait-il s'agir de la recherche sur la douleur?

J'aimerais savoir si vous avez remarqué certaines différences entre les soins palliatifs dispensés à la maison et ceux qui sont dispensés au sein d'un établissement, d'un foyer ou dans les hôpitaux. Un type de soins est-il plus satisfaisant que l'autre? Devrions-nous faire porter l'accent sur un type plutôt que l'autre, sur le plan des coûts et de la capacité des familles de faire face à la situation? Je sais qu'il y a de nombreuses dimensions en jeu.

D^r Henteleff: Deux questions se posent. À quoi faut-il accorder la priorité? Je ne crois certainement pas que la priorité doit être accordée à la recherche. Les documents que nous avons soumis en preuve de l'efficacité des soins palliatifs révèlent qu'une vaste majorité de patients peuvent être réconfortés et mener une vie quelque peu gratifiante, dans la mesure où ils veulent continuer de vivre. On peut y parvenir si l'on dispose des compétences, des techniques, des médicaments, etc. qui sont actuellement disponibles. Il y a place à amélioration, mais à notre avis, la priorité consiste à mettre ces éléments en application.

Une question accessoire tient au fait que l'expansion des ressources suppose de la formation et une restructuration des services. Ce n'est pas comme un ballon dans lequel on injecte plus d'air et qui prend de l'expansion. Nous parlons ici d'une expansion de l'activité humaine, ce qui exige de la motivation, de la formation et une organisation.

L'application de soins palliatifs grâce à une expansion des services constituerait notre priorité.

La deuxième question, qui a trait aux soins dispensés à la maison plutôt qu'à l'hôpital, est embêtante. Je me contenterai de vous rappeler ce que j'ai dit plus tôt au sujet de la personne. Les individus possèdent leurs propres valeurs, leur propre sentiment de ce qui est important. Il est facile d'avoir une vision idéalisée de la façon dont j'aimerais mourir. Nous pouvons avoir une vision idéalisée de la façon dont nous aimerions vivre, mais il n'est pas toujours possible d'y parvenir.

[Text]

Ideally, you would like to be perfectly comfortable, just like yourself, in your own environment, and presumably everything in your family would be settled and comfortable, and the angels would carry you away, but not too soon.

How you know when it is just right under those circumstances, I do not know. It is easy to have fantasies about the ideal at home. Let me hold up a startling contrast. I looked after a man at home who hated hospitals. He could have been looked after at home because the visiting resources were available. His wife was in good health and had the strength, endurance and willingness to be with him day and night, as he lay dying. However, he could see he was becoming more dependent on help. Faced with the weak state he was in, his vision of dying at home was, "I cannot bear to have you forced to wipe my bum." It was more humiliating for him to be dependent on his wife in that intimate way, than it was to have anonymous people who were paid to do it, provide the service in a hospital. It is an utterly individual decision.

If we try to standardize values, then we are undermining what is most central to the palliative care approach, the care of the individual in the context of his or her family.

The Chairman: With two more witnesses scheduled, I would appreciate if our members would keep their questions fairly short.

Senator Cools: I would like to say thank you for the sensitivity you have brought to us today. My first question has to do with whether or not you have some experiences you can share with us to deal with palliative care of children. For example, we are living in a very cruel world these days, and I am amazed at what I see on the news. I was flabbergasted at the horror, I thought, of the Sue Rodriguez case. I do believe that, had it been a child, the public would not have been reacting the same way. Can you give us any insights about the children?

I am very new to this committee. I am just standing in today.

My second question deals with page 3 of your submission, under "3C. Ethical Issues", you articulated a major concern of mine which is that if euthanasia was ever, ever, God forbid, to be legalized in this country, it should not involve doctors. I am baffled as to how the articulation has all become doctor-assisted. I wonder why we have singled out doctors as a category of people to be the instruments in this matter.

Dr. Henteleff: I have extremely little experience, senator, in palliative care of children as the patient. There are palliative care services for children.

[Traduction]

Idéalement, vous aimeriez être parfaitement à l'aise, tout comme vous l'êtes habituellement, dans votre propre environnement, et, peut-être, votre famille pourrait être dans une bonne situation, aisée, et les anges vous emporteraient dans l'au-delà, mais pas trop tôt.

Comment savoir si tout est parfait dans ces circonstances; pour ma part, je ne le sais pas. Il est facile de fantasmer sur la situation idéale à la maison. Permettez-moi de vous présenter un contraste marqué. Je me suis occupé d'un homme, à la maison, qui détestait les hôpitaux. Il était possible de s'occuper de lui à la maison, parce que l'on pouvait faire appel à des personnes ressources, qui lui rendaient visite. Sa femme était en bonne santé et avait la force, l'endurance et la volonté nécessaires pour être à son chevet jour et nuit, pendant qu'il était sur le point de mourir. Toutefois, il pouvait voir qu'il avait de plus en plus besoin d'aide. Compte tenu de l'état de faiblesse dans lequel il se trouvait, sa vision d'une mort à la maison se limitait à ceci: «Je ne peux supporter de te voir obligée de me torcher.» Il était plus humiliant pour lui de s'en remettre à sa femme pour quelque chose d'aussi intime que de devoir faire appel à des personnes anonymes qui étaient payées pour le faire, pour lui assurer ce service dans un hôpital. La décision est parfaitement personnelle.

Si nous essayons de normaliser les valeurs, alors nous minons l'une des considérations les plus essentielles des soins palliatifs, soit les soins qui sont dispensés à une personne au sein de sa famille.

La présidente: Comme il est prévu que nous entendions deux autres témoins, j'apprécierais que les membres du comité s'en tiennent à des questions brèves.

Le sénateur Cools: J'aimerais vous remercier de la sensibilité dont vous avez fait preuve ici aujourd'hui. Ma première question est la suivante: pourriez-vous nous faire part de certaines expériences personnelles liées aux soins palliatifs dispensés aux enfants? Par exemple, nous vivons actuellement dans un monde très cruel, et je suis consternée par ce que je vois dans les actualités. Je suis abasourdie par le caractère horrible, à mon avis, de l'affaire Sue Rodriguez. Je crois que s'il s'était agi d'un enfant le public n'aurait pas réagi de la même façon. Pouvez-vous nous parler de la question des enfants?

Je suis toute nouvelle au sein de ce comité. C'est la première fois que je suis ici.

Ma deuxième question a trait à la page 3 de votre mémoire, sous la rubrique 3C, question de d'éthique. Vous avez émis une préoccupation importante que je partage: si jamais l'euthanasie devait être légalisée dans notre pays — Dieu nous préserve — il ne faudrait pas faire appel à des médecins. Je suis consternée de constater que tout le débat gravite autour d'une aide fournie par les médecins. Je me demande pourquoi nous avons déterminé que ce serait les médecins qui agiraient comme agents à cet égard.

Dr Henteleff: Mon expérience est extrêmement limitée, sénatrice, en ce qui concerne les soins palliatifs offerts aux enfants. Il y a effectivement des soins palliatifs qui sont destinés aux enfants.

[Texte]

One of the unique differences between children and adults in the provision of palliative care is that terminal illness makes adults dependent. Age makes children dependent. There is very little in the way of institutional palliative care for children while there is a considerable amount of it for adults.

The part of palliative care for children which I know about is children as family members of an adult who is dying. We have heard Fay Struthers speak about the learning experience of her grandchildren in taking part and being present at a death. It was a normalized experience by occurring at home, the kind of questions and puzzlements which we experience as children or adults being dealt with as frankly and directly as possible.

We see palliative care of children in that context as a way of modelling a number of behaviours which appear to us to be important. One is accepting the fact that people die. That means accepting that getting a cure, as desirable as it is, is not always possible. It means demonstrating our willingness and eagerness to help care for someone who is dear to us when they are ill or dying. It also means showing respect in one way or another for people who have died by participating in a funeral or whatever.

These are all behaviours that are classified in most cultures as good behaviours. When death occurs in privacy, with children being excluded, it simply prepares them for an unrealistic and frightened anticipation of what is involved.

I hope that answers your question. It is about the best I can do.

The second question is on ethics and doctors' involvement. There is some concern by those who would favour suicide or doctor-assisted suicide about botching it. We heard that in the story which was presented to us. That is, people want the technical expertise that doctors have in relation to living processes.

Another consideration to which I would like to draw your attention is that this comes out of a section on ethical issues. When one starts to look at ethical issues, somehow you anticipate that you will arrive at given answers. In fact, what ethics does is provide you with some guidelines for sorting information. It is like rules of evidence.

What has happened in the Netherlands, whose medical ethics are exactly the same as ours, is that they have simply renamed taking somebody's life to make it a medical act rather than a criminal act. They do that within the context of exactly the same ethical system of values as we use here.

[Translation]

L'une des différences uniques entre les enfants et les adultes, en ce qui a trait à la prestation de soins palliatifs, c'est que la maladie en phase terminale rend les adultes dépendants. C'est leur âge qui rend les enfants dépendants. Très peu de soins palliatifs sont offerts à des enfants en établissement, mais il y en a une quantité considérable qui sont dispensés aux adultes.

Une facette des soins palliatifs dispensés aux enfants que je connais, c'est le cas des enfants qui font partie de la famille d'un adulte à l'article de la mort. Nous avons entendu Fay Struthers parler de l'expérience d'apprentissage de ses petits-enfants, qui ont participé au cheminement et étaient présents au moment de la mort. L'expérience a été normalisée du fait qu'elle s'est produite à la maison, et le genre de questions et de dilemmes auxquels nous faisons face, en tant qu'enfant ou adulte, sont abordés de la façon la plus franche et la plus directe possible.

Dans ce contexte, nous envisageons les soins palliatifs dispensés aux enfants comme une façon de présenter un certain nombre de comportements qui, à nos yeux, revêtent de l'importance. D'abord, il faut reconnaître que les gens meurent. Cela signifie qu'il faut reconnaître que, si souhaitable que ce soit, il n'est pas toujours possible d'obtenir un traitement. Cela signifie qu'il faut manifester toute sa volonté d'aider à dispenser des soins à une personne qui nous est chère lorsque cette dernière est malade ou mourante. Cela veut également dire qu'il faut faire preuve de respect, d'une façon ou d'une autre, à l'égard de personnes qui sont mortes en participant à des funérailles ou à quelque autre activité de ce genre.

Voilà autant de comportements qui sont considérés, dans la plupart des cultures, comme des bons comportements. Quand la mort survient en toute intimité, que les enfants sont exclus, cette situation les prépare simplement à appréhender de façon irréaliste et craintive les enjeux que suppose cette réalité.

J'espère que cela répond à votre question. C'est à peu près le mieux que je puisse faire.

La deuxième question a trait à l'éthique et à la participation des médecins. Les personnes qui sont en faveur du suicide ou du suicide assisté par un médecin craignent que la personne ne rate son coup. Nous avons entendu cela dans l'histoire qui nous a été racontée. En d'autres termes, les gens veulent pouvoir compter sur l'expertise technique que possèdent les médecins au sujet des processus vitaux.

Une autre considération sur laquelle j'aimerais attirer votre attention, c'est que ces considérations sont tirées d'une partie où l'on aborde les questions d'éthique. Quand on commence à se pencher sur des questions d'éthique, on s'attend, d'une certaine façon, à trouver certaines réponses. En fait, l'éthique fournit certaines lignes directrices qui permettent de classer l'information. Elle s'apparente aux règles de preuve.

Aux Pays-Bas, pays où l'éthique médicale est exactement la même que la nôtre, on a simplement baptisé différemment le fait de prendre la vie de quelqu'un pour en faire un acte médical plutôt qu'un acte criminel. On a agi de la sorte dans le contexte du même système de valeurs éthique que celui que nous utilisons ici.

[Text]

We are not going to find the resolution of the question of legalizing euthanasia in ethics. Ethics may help us in questioning the kind of proposals which are being made, but the answer is not there. The answer will be in the social context of effectiveness and unwanted consequences of introducing a procedure such as legalized euthanasia, which may turn out to have less benefit than palliative care could offer and consequences of a much higher frequency, such as bringing death to people who were not competent to ask for euthanasia or bringing death to people who are being pushed by being seen as burdens into saying, "I might as well get out of it because I am just a burden". That is the ultimate reduction of human dignity that is possible. I hope those answer your questions.

Senator DeWare: Doctor, suppose that a patient, like myself, says to you, "I refuse to take chemo or any form of drugs to help me live", or, "I refuse to go on support systems to keep me breathing or whatever, to live", is that not a form of euthanasia?

Dr. Henteleff: We do not see it that way. You are always dealing with a question of intention. In our view, that is an expression of a kind of autonomy that our society wants people to have, the independent right to refuse treatment. We do not see that as euthanasia. In our sense of the use of the term "euthanasia", when you are considering it for legalization, the definition has to be "the deliberate act to bring life to an end".

Senator DeWare: That would almost seem like a deliberate act, would it not, if I refused treatment.

Dr. Henteleff: I must say that everybody struggles with that. If someone says, "Stop my life-support treatment. I do not want it anymore", then it is the motives of the patient which are being examined, whereas when you examine euthanasia, it is the motives of the person or physician, if it is physician-assisted suicide, who carries out the intervention. That is the consideration.

Senator DeWare: We are also dealing with people asking for suicide who are not chronically ill with Lou Gehrig's disease and cancer. We are hearing from Alzheimer patients, AIDS patients, and from parents who have children born with Down's syndrome.

How do we deal with these people so they can have some quality time?

Dr. Henteleff: Both the British submission to the House of Lords and our submission in a brief to this Senate committee included what our brief calls a proviso. That is, we do not bring all experience to this question. The experience of palliative care here and in Great Britain is largely with cancer patients, which is a fairly short illness, compared with a very long-term illness. It

[Traduction]

Ce n'est pas dans l'éthique qu'il faut chercher la solution au problème que pose la légalisation de l'euthanasie. L'éthique peut nous aider à remettre en question le genre de proposition qui a été formulée, mais elle ne nous fournira pas de réponse. La réponse se trouve dans le contexte social de l'efficacité et des conséquences indésirables du fait d'introduire une procédure comme l'euthanasie légalisée, qui peut à son tour s'assortir de moins d'effets bénéfiques que les soins palliatifs et peut entraîner des conséquences beaucoup plus fréquentes, notamment le fait de favoriser la mort de personnes qui n'étaient pas aptes à demander l'euthanasie ou de personnes qui sont poussées vers cette solution par le fait même qu'elles sont perçues comme des fardeaux: «Je suis aussi bien de renoncer à vivre, parce que je ne suis qu'un fardeau.» Voilà comment on peut réduire au maximum la dignité humaine. J'espère que cela répond à vos questions.

Le sénateur DeWare: Docteur, supposons qu'une patiente, comme moi, vous dise: «Je refuse de subir des traitements de chimiothérapie ou de prendre quelque médicament que ce soit pour continuer à vivre», ou encore: «Je refuse qu'on utilise un dispositif pour m'aider à respirer, ou quoi que ce soit d'autre, pour me maintenir en vie», ne s'agit-il pas là d'une forme d'euthanasie?

Dr. Henteleff: Nous ne voyons pas les choses de cette façon. On fait toujours face à une question d'intention. À notre avis, il s'agit de la manifestation d'un genre d'autonomie que notre société désire que ses citoyens possèdent, le droit indépendant de refuser un traitement. Nous ne percevons pas cela comme de l'euthanasie. De la façon dont nous définissons le terme «euthanasie», dans le contexte de sa légalisation possible, le terme doit désigner «l'acte délibéré visant à mettre fin à la vie».

Le sénateur DeWare: Il semblerait presque s'agir là d'un acte délibéré, n'est-ce pas, si je refusais un traitement?

Dr. Henteleff: Je dois dire que tout le monde a de la difficulté à faire cette distinction. Et si quelqu'un dit: «Interrompez le traitement qui me maintient en vie, je n'en veux plus», alors on se penche sur les motifs qui animent le patient, tandis que si vous vous attachez à la question de l'euthanasie, vous vous penchez sur les motifs qui animent la personne ou le médecin, s'il s'agit d'un suicide assisté par un médecin, qui se charge de l'intervention. Voilà la considération qui prime.

Le sénateur DeWare: Nous nous attachons également aux personnes qui demandent le suicide lorsqu'elles ne souffrent pas d'une maladie chronique comme la maladie de Lou Gehrig et le cancer. Nous entendons l'opinion de personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, de sidatiques et de parents dont les enfants sont trisomiques.

Comment régler le cas de ces personnes pour qu'elles puissent jouir d'un certain temps de qualité?

Dr. Henteleff: Aussi bien le mémoire qu'ont soumis des Britanniques à la Chambre des Lords que notre propre mémoire, que nous avons adressé à votre Comité sénatorial, comportaient ce que nous avons appelé dans le mémoire une réserve. En d'autres termes, nous ne tenons pas compte de toutes les expériences à cet égard. Notre expérience des soins palliatifs, ici et en Grande-Bre-

[Texte]

includes considerable experience with Lou Gehrig's disease and with AIDS, all fairly short-term illnesses.

It would be presumptuous to pretend that we can bring the same kind of evidence to bear in an area that we do not know, as we do bring to bear in an area which we do know. You will have to find witnesses in other areas for that subject.

Senator DeWare: Thank you, doctor.

Senator Perrault: You have suggested that there is a good deal of palliative care available in Canada. Is this true in all of the provinces? If so, where are the areas of greatest need in this country, to your knowledge?

Dr. Henteleff: Palliative care in an organized and accessible form is available in any large urban centre in Canada.

There will be a number of smaller centres where limited skilled resources are available. Rural areas are the most difficult for service to be provided. The biggest problem has to do not so much with the quantity and placement of service as its connectedness or disconnectedness from other care.

People do not start out in the course of an illness identifying themselves as terminally ill. One does hear anecdotes about, "He went to the doctor and got a terminal diagnosis." A quick order, like McDonald's, you go in and you ask for it and you get a hamburger just like that, instant service.

That is not the typical scene. The scene is uncertainty about diagnosis, arriving at a diagnosis, all taking time; generally an attempt at treatment; in some cases, hopeful for a cure; in other cases, not sure but worth a try. There is a process of recognizing that treatment is not producing the desired results or, even worse, treatment is causing more trouble than benefit.

Making the transition, recognizing a point and helping a patient to recognize a point when hope for recovery, as important as it is, he should start hoping for other things. The kind of hope we talk about is hope for a good death, hope for a good life during what time you have, hope for bringing a conclusion to your life that does not leave your family in a mess.

Senator Perrault: I am a director of the Vancouver Canucks hockey team. We are now establishing the first palliative care facility for children in Canada. At least, we believe it is the first. It will open January 1, 1995. We imported the idea from Great Britain.

[Translation]

tagne, a principalement trait à des personnes souffrant de cancer, maladie relativement brève, par rapport à des personnes souffrant d'une maladie à très long terme. Nous avons acquis une expérience considérable auprès de personnes souffrant de la maladie de Lou Gehrig et auprès de sidatiques, mais il s'agit plutôt là d'affections de courte durée.

Il serait présomptueux de prétendre que nous pouvons appliquer les mêmes données factuelles dans un secteur que nous ne connaissons pas. Pour aborder une telle question, il faudra trouver des témoins oeuvrant dans d'autres secteurs.

Le sénateur DeWare: Merci, docteur.

Le sénateur Perrault: Vous avez laissé entendre qu'une grande quantité de soins palliatifs sont offerts au Canada. Est-ce vrai dans toutes les provinces? Si tel est le cas, quels sont, à votre connaissance, les secteurs où l'on trouve les plus grands besoins, à l'échelle nationale?

Dr. Henteleff: Des soins palliatifs organisés et accessibles sont offerts dans tous les grands centres canadiens.

Il y aura un certain nombre de centres plus petits, où des ressources qualifiées, quoique limitées, seront offertes. Les régions rurales sont celles où il est le plus difficile d'offrir des services. Le principal problème tient non pas tant à la quantité et à l'emplacement des services qu'au fait qu'ils soient ou non reliés à d'autres types de soins.

Lorsqu'ils contractent une maladie, les gens ne se perçoivent pas comme victimes d'une maladie fatale. On entend effectivement des anecdotes au sujet de personnes qui sont allées chez le médecin, lequel a diagnostiqué une maladie en phase terminale. Un service rapide, comme chez McDonald, où l'on entre et on commande un hamburger, et où on l'obtient très rapidement. Un service instantané.

Cela n'est pas la scène typique. La scène a trait à l'incertitude au sujet du diagnostic, du processus qui conduit à l'établissement d'un diagnostic, toutes choses qui prennent du temps. Généralement, on tente un traitement; dans certains cas, on espère une cure; dans d'autres, on n'a aucune certitude, mais on pense qu'il vaut la peine de tenter la chance. Puis, il y a un processus en vertu duquel on reconnaît que le traitement ne produit pas les résultats voulus ou, pis encore, qu'il est source de plus de problèmes que d'avantages.

Faire la transition, établir un point de non-retour et aider le patient à établir un tel seuil lorsqu'il espère encore guérir — c'est très important — mais il devrait commencer à espérer autre chose. Le genre d'espoir dont nous parlons a trait à une mort et à une bonne vie pendant la période qu'il lui reste à vivre. On peut espérer mourir sans laisser sa famille sans dessus dessous.

Le sénateur Perrault: Je suis l'un des directeurs des Canucks de Vancouver, l'équipe de hockey. Nous nous affairons maintenant à créer la première unité de soins palliatifs pour les enfants au Canada. Du moins, je pense que c'est la première. Elle ouvrira ses portes le 1^{er} janvier 1995. C'est une idée que nous avons importée de Grande-Bretagne.

[Text]

Are there any other facilities for young people of this kind in the country? Surely this would be a good initiative by other organizations and bodies.

Dr. Henteleff: As I indicated, the institutional, in-patient need is very small because children tend generally to live at home under the care of their parents. I am not able to answer your question.

Senator Perrault: But some families have serious problems coping?

Dr. Henteleff: Yes.

Senator Perrault: Europe seems to be much further advanced in this area of palliative care than we are in Canada. Is that a fair comment?

Dr. Henteleff: I would not say Europe, but Great Britain, in particular. It is noteworthy that one of the great laggards is the Netherlands.

The evidence for this is that an examination of the youth of pain-relieving drugs is relatively so small in the Netherlands, compared with countries where palliative care is good, that they could not possibly be getting even basic symptom relief as a basis for which care can be given and then only failing that.

The Chairman: Thank you both for your presentations. Our next witness is Mrs. Normandin-Miller from British Columbia.

Mrs. Louise Normandin-Miller: I would like to thank you for the opportunity to speak today on euthanasia and assisted suicide. I will not be speaking theoretically or about policy today. I will be giving an account of a personal experience. My husband, Douglas Alan Miller, was born on May 11. Today is his birthday. He died this February 9. I took care of him during his illness.

I would like to begin by telling you a little about my position on euthanasia and assisted suicide. I have had a position on this for as long as I have been aware that people can reach a point where, in their estimation, their life is not worth living any more. That is based on a gut reaction; I am not an intellectual. It is based on imagining myself in that situation: How would I feel if I were suffering intolerably? I would want to be granted the opportunity to make a choice and I would like to be allowed to act on a choice. Because of that very strong personal feeling, I also think others should be given the same opportunity. I shared that view with my husband during numerous discussions before he was ever diagnosed. We followed the Sue Rodriguez case and other cases that had come up in the U.S. before my husband was diagnosed.

We had written a living will two years before he was diagnosed. In the living will we included that if we were not in a position to ask for help, under certain conditions we would want our doctor to

[Traduction]

Existe-t-il d'autres établissements pour jeunes du genre au pays? Certes, il s'agit là d'une bonne initiative que pourraient prendre d'autres organisations et organismes.

D^r Henteleff: Comme je l'ai indiqué, les soins hospitaliers donnés en établissement sont très limités, parce que les enfants tendent généralement à vivre à la maison. Ce sont leurs parents qui leur prodiguent des soins. Je ne suis pas en mesure de répondre à votre question.

Le sénateur Perrault: Mais certaines familles ont beaucoup de difficulté à faire face à la situation.

D^r Henteleff: Oui.

Le sénateur Perrault: Dans le domaine des soins palliatifs, l'Europe semble très en avance sur le Canada. Ce commentaire est-il fondé?

D^r Henteleff: Peut-être pas l'Europe, mais la Grande-Bretagne, en particulier. Il vaut la peine de noter que ce sont les Pays-Bas qui accusent le plus grand retard.

À l'examen, on constate que l'utilisation des analgésiques aux Pays-Bas est relativement si peu importante — lorsqu'on établit une comparaison avec les pays où les soins palliatifs sont bons — qu'on ne peut songer à y recourir comme moyen de soulager les symptômes de base qui peuvent être traités — à défaut d'autre chose.

La présidente: Je vous remercie tous deux de vos présentations. Notre prochain témoin est M^{me} Normandin-Miller, de la Colombie-Britannique.

M^{me} Louise Normandin-Miller: J'aimerais vous remercier de me donner la possibilité de m'exprimer aujourd'hui au sujet de l'euthanasie et du suicide assisté. Je n'adopterai pas un point de vue théorique. Je ne parlerai pas non plus des politiques. Je rendrai plutôt compte d'une expérience personnelle. Mon mari, Douglas Alan Miller, est né un 11 mai. C'est aujourd'hui son anniversaire. Il est mort le 9 février. Je me suis occupée de lui pendant sa maladie.

En débutant, j'aimerais exposer brièvement ma position au sujet de l'euthanasie et du suicide assisté. Depuis que je sais que des gens peuvent atteindre un seuil au-delà duquel, selon eux, leur vie ne vaut plus d'être vécue, j'ai une position à ce sujet. Elle est fondée sur une réaction viscérale; je ne suis pas une intellectuelle. Pour l'établir, je me suis imaginée moi-même dans cette situation: comment réagirais-je si je souffrais de façon intolérable? J'aimerais qu'on me donne la possibilité de faire un choix, et j'aimerais qu'on m'autorise à y donner suite. En raison de cette conviction personnelle très forte, je pense également qu'on devrait donner à autrui une même possibilité. À l'occasion de nombreuses discussions, j'ai fait part de ce point de vue à mon mari, avant même que sa maladie ne soit diagnostiquée. Nous avons suivi l'affaire Sue Rodriguez et d'autres affaires du genre qui se sont produites aux États-Unis, avant même que la maladie de mon mari ne soit diagnostiquée.

Deux ans avant que la maladie de mon mari ne soit diagnostiquée, nous avons rédigé un testament biologique. Dans ce testament, nous avons indiqué ce qui suit: advenant que nous

[Texte]

take us out of our misery. I understand the provision does not hold water legally, but we had actually stated it in our document.

I will give an overview of the chronology of events with my husband. He started having symptoms of painful bowel movements last summer. He went to see a doctor in September 1993 and was sent for a colonoscopy on September 28. That is when he was told that he most probably had colon cancer. That diagnosis was confirmed a few days later when the pathology report came back. He went for surgery on October 22, a colostomy with abdominal resection. At the time that is all we thought he was getting. Various external examinations and also an ultrasound had not revealed that the cancer had metastasized. When he went for the operation the doctors found that he had metastasis in the liver, a tumour the size of a baseball. It was inoperable. A few days later we received results from radiography and we found that he had metastasis in the lungs. A few days after surgery he came home. He had to be hospitalized again on November 30 for a few days. He attempted suicide on December 31. It was unsuccessful, and he died on February 9.

I would like to tell you a little about my husband so you will get a sense of the kind of person he was. We say that people love life, who doesn't? He was a person who demonstrated his passion every day in his approach to everything he touched. He had an incredibly wide range of interests — athletic interests, intellectual interests, cultural interests. He wrote two novels. He climbed mountains, went scuba diving, participated in improvisational theatre. He had a PhD from the University of California at Berkeley. When he was diagnosed, he was a researcher at McGill University in artificial intelligence. He had just written a paper which was a culmination of his last four years of research on a mathematical model of the visual cortex. He had a sense of humour and made me laugh more than anybody had ever managed to make me laugh. He was a person who took charge of every aspect of his life. He was not a victim of events in his life. He made things happen for him.

On October 22, after surgery, I informed him that he had liver metastasis. He knew what it meant right away. At the first opportunity, when he was no longer under the effects of the sedation, he said, "I do not want to go through the final stages." He had seen his uncle die and he did not want to go through the same thing. When we were told about the metastasis, we were given a prognosis that Doug would get better from the surgery, he would recuperate. It was anticipated that he would have a few reasonably good months before suffering from liver failure. Doug was very motivated to get the best out of those months. He started right away in hospital, pushing himself to get better — we knew there was nothing he could do at the end — because

[Translation]

ne soyons pas en mesure de demander de l'aide, nous voulions que notre médecin nous libère de nos souffrances, à certaines conditions. Je me rends compte que cette clause n'est pas à toute épreuve sur le plan juridique, mais nous l'avions incluse dans notre document.

Je vais vous donner un aperçu de la chronologie des événements qui ont marqué la maladie de mon mari. L'été dernier, il a commencé à éprouver des douleurs lorsqu'il allait à la selle. En septembre 1993, nous avons vu un médecin; le 28 septembre, il a subi une coloscopie. C'est alors qu'on lui a dit qu'il était probablement atteint d'un cancer du côlon. Quelques jours plus tard, le rapport d'examen pathologique a confirmé ce diagnostic. Le 22 octobre, il a subi une intervention chirurgicale, c'est-à-dire une colostomie accompagnée d'une résection abdominale. À l'époque, nous croyions que c'était tout ce qu'il avait. Divers examens externes et une échographie n'avaient révélé la présence d'aucune métastase. Pendant l'intervention chirurgicale, les médecins ont constaté la présence de métastases dans le foie, une tumeur de la taille d'une balle de base-ball. Le problème ne pouvait être corrigé au moyen d'une intervention chirurgicale. Quelques jours plus tard, nous avons reçu les résultats d'un examen radiographique qui révélait la présence de métastases dans les poumons. Quelques jours après l'intervention chirurgicale, il est rentré à la maison. Le 30 novembre, il a dû être hospitalisé de nouveau pour quelques jours. Le 31 décembre, il a tenté de se suicider. Il a échoué, puis il est mort le 9 février.

J'aimerais vous parler un peu de mon mari pour vous donner une idée du genre de personne qu'il était. On dit de certaines personnes qu'elles aiment la vie. D'ailleurs, qui n'aime pas la vie? Chaque jour, mon mari a fait la preuve de cette passion dans tout ce qu'il a entrepris. La gamme de ses intérêts était incroyablement étendue — il s'intéressait aux questions sportives, intellectuelles et culturelles. Il a écrit deux romans. Il a escaladé des montagnes, fait de la plongée sous-marine et participé à des expériences d'improvisation théâtrale. Il était titulaire d'un doctorat de l'*University of California*, à Berkeley. Lorsqu'on a diagnostiqué sa maladie, il effectuait des recherches sur l'intelligence artificielle à l'Université McGill. Il venait tout juste de publier un article qui était le point d'aboutissement de ses quatre dernières années de recherche au sujet d'une modélisation mathématique du cortex visuel. Il avait le sens de l'humour, et il m'a fait rire plus que toute autre personne au monde. Il était maître de tous les aspects de sa vie. Il n'a jamais été victime des événements de sa vie. Il était à l'origine de ce qui lui arrivait.

Le 22 octobre, soit après son intervention chirurgicale, je lui ai appris qu'on avait constaté la présence de métastases dans son foie. Tout de suite, il a su ce que cela voulait dire. À la première occasion, lorsqu'il n'était plus sous l'influence des sédatifs, il a dit: «Je ne veux pas vivre les stades finals.» Il avait vu son oncle mourir, et il ne voulait pas vivre la même expérience. Lorsqu'on nous a appris la présence de métastases, on nous a également communiqué des pronostics selon lesquels une intervention chirurgicale permettrait à Doug de se sentir mieux et de récupérer. Avant d'être atteint d'une insuffisance hépatique, on prévoyait qu'il pourrait vivre raisonnablement bien pendant quelques mois. Doug était fermement déterminé à tirer le meilleur parti possible

[Text]

maybe if he got better sooner he would have that much more time at the beginning. He got up numerous times. He started getting up before the nurses coaxed him into it. Apparently patients are reluctant to do physical exercise after surgery, but he knew that by helping himself he would get better sooner. He pushed himself in every way. He had read Linus Pauling's books and was taking mega doses of vitamin C. He had a positive attitude.

My husband did not suffer from depression, far from it. However, because he loved life he wanted good quality life and he did not want to go beyond the point where he would no longer be himself.

A few days after surgery, Doug came home. He wanted to die at home, and I was delighted to take care of him there. I learned to give him his medication. I had never seen a needle up close before because even when I went to the doctor I would not look. I learned to measure medication, give needles and so on. Eventually he got better enough for awhile to take care of himself. There were ups and downs. It was a real roller coaster. While he was at home he started dictating a third novel. It was about us; it was our story. I would word process the novel and we worked together on it. I started hoping that the novel would keep him alive. I wanted him to write an epic. At the same time we knew that his days were numbered, that eventually there would be the liver failure. We wanted to prepare for that. Doug had asked his doctor to prescribe something to help him so that when the time came when he no longer wanted to live, he could do something about it.

Of course, that help was refused. We obtained self-deliverance books that give recipes. Unfortunately these books give anecdotal accounts and are not very scientific. They refer to medication that is not always easy to obtain. Various methods are presented. Doug and I, unfortunately, had to examine these methods. That is not a very pleasant subject to have to look at. I would have preferred that a method was offered to us on a silver platter so we could have spent the last few weeks of his life enjoying those moments, so that we could have shared, reminisced and enjoyed each other. Instead we spent a lot of time and energy discussing means for him to kill himself.

I am looking at my list and the next item is the events leading up to the attempt. I am not too sure I want to get into those details right now.

The Chairman: Don't do it then. Just go ahead.

Mrs. Normandin-Miller: This is still very recent. By December 29 Doug had become quite weak. His appetite was almost nothing and he had not eaten a proper meal for awhile. He was down to liquids and obviously his energy was down. He was also having what seems like panic attacks, which he

[Traduction]

de ces mois. Il s'est mis à la tâche à l'hôpital même et a déployé des efforts pour hâter sa récupération — nous savions que, à la fin, il ne pourrait rien faire. En récupérant plus rapidement, il disposerait de plus de temps au début. Il s'est levé à de nombreuses reprises. Il a commencé à se lever avant que les infirmières ne le poussent à le faire. Apparemment, les patients sont réticents à faire de l'exercice physique après une intervention chirurgicale, mais il savait qu'en faisant des efforts, il irait mieux plus rapidement. Il s'est poussé de toutes les façons possibles. Il avait lu les ouvrages de Linus Pauling et prenait des doses massives de vitamine C. Son attitude était positive.

Mon mari n'était pas dépressif, loin de là. Parce qu'il aimait la vie, il voulait une bonne qualité de vie, et il ne voulait pas aller au-delà du seuil où il ne serait plus lui-même.

Quelques jours après son intervention chirurgicale, Doug est rentré à la maison. Il voulait mourir chez lui, et j'étais ravie de m'occuper de lui. J'ai appris à lui donner ses médicaments. Avant, je n'avais jamais vu une seringue de près parce que, quand j'allais chez le médecin, je ne regardais pas. J'ai appris à mesurer les médicaments, à donner des piqûres et ainsi de suite. Un jour, son état s'était suffisamment amélioré pour qu'il puisse s'occuper de lui-même. Il y a eu des hauts et des bas. Un peu comme des montagnes russes. Pendant qu'il était à la maison, il a commencé à dicter un troisième roman. C'était à propos de nous; c'était notre histoire. J'endiquais le texte, et nous y travaillions ensemble. J'ai commencé à espérer que le roman le garderait en vie. Je voulais qu'il écrive une épopée. En même temps, nous savions que ses jours étaient comptés et qu'il allait être atteint d'une insuffisance hépatique. Nous voulions nous y préparer. Doug a demandé à son médecin de lui prescrire un médicament qui pourrait l'aider lorsque viendrait le moment où il ne voudrait plus vivre, un médicament qui l'aiderait à prendre les choses en main.

Bien entendu, cette aide lui a été refusée. Nous avons mis la main sur des livres consacrés à l'auto-euthanasie dans lesquels on trouve des recettes. Malheureusement, ces livres, qui donnent des comptes rendus anecdotiques, ne sont pas très scientifiques. On s'y réfère à des médicaments qu'il n'est pas toujours facile de se procurer. Diverses méthodes sont présentées. Malheureusement, Doug et moi avons dû examiner ces méthodes. Ce n'est pas une question très agréable à étudier. J'aurais préféré qu'on nous présente une méthode sur un plateau d'argent. Nous aurions alors pu profiter de ces quelques dernières semaines, partager des choses, évoquer des souvenirs et profiter de la présence de l'autre. Nous avons plutôt dû consacrer beaucoup de temps et d'énergie à l'analyse de moyens qui lui permettraient de se suicider.

Je regarde ma liste, et je constate que les événements qui ont mené à sa tentative de suicide sont le prochain élément. Je ne suis pas certaine de vouloir entrer dans ces détails maintenant.

La présidente: Alors, n'en faites rien. Poursuivez.

M^{me} Normandin-Miller: Tout cela est très récent. Dès le 29 décembre, Doug s'était considérablement affaibli. Son appétit avait presque disparu, et il n'avait pas pris un repas décent depuis un certain temps. Il ne consommait plus que des liquides, et, de toute évidence, ses réserves d'énergie étaient basses. Il était

[Texte]

described as the sensation you have when you almost have a car accident, except that instead of lasting a few seconds it lasts for a half hour. I do not think I could stand that myself.

He started talking about suicide in more urgent terms. Before he had talked about suicide as something he would do when the time came. Now he was talking like the time had come. I must admit that my first reaction — it is one thing to agree intellectually in the future, but it is something else when you are told, "I want to do it now." It takes a little adjusting. At any rate, it was between Christmas and New Years and my brother-in-law and his wife from California had come over. Doug repeated that he wanted to kill himself and that he felt the time had come. There were a number of discussions because he had also promised he would not do that unless people around him were ready. He was a considerate person and this is not something he would do unless we all felt as comfortable as it was possible to feel under such circumstances. He eventually convinced us. The gist of his argument was basically: There have been ups and downs and it is true that there are medical crises, and for awhile you do not know how you will cope, and eventually the doctors find a way of dealing with many of the symptoms. Then you have some peace for awhile. Then it starts again. It is one thing to go through that when it is temporary. You are ill, you will be ill for two years and then you will get better. In this case you are ill, you have medical crises, one after another, and the end result is near; you are going to die. The crises happen more and more frequently. They are very distressing. There is no hope, you are dying.

Usually the crises coincided with the onset of a new problem and the problem is chronic and you get medication for that problem and for the rest of your life you will be on that medication. Then you get another problem and you get new medication and that new medication interacts with the first one. Then you get side effects and then you get medication for the side effects. In the end, I had the feeling that if I could have shaken him he would have rattled from the pills. Therefore, he convinced us. We had a discussion of how he would do it. To my surprise he had prepared a kit. At one point he pulled out a bag, a dark green, double plastic garbage bag.

He had taped the two bags together. The idea was that if one bag leaked you had the other as protection. He had stolen elastic that is used for waist-bands from my sewing kit. He had cut a piece just long enough to tie around his neck. This was what he was going to use to kill himself.

[Translation]

également en proie à des accès de panique. Il les comparait à la sensation qu'on éprouve lorsqu'on vient tout juste d'éviter un accident de voiture, à une exception près: plutôt que de durer quelques secondes, la sensation dure une demi-heure. Quant à moi, je ne crois pas que j'aurais pu le supporter.

Il a commencé à parler du suicide en termes plus pressants. Auparavant, quand nous parlions du suicide, c'était comme d'une chose qu'il ferait lorsque le moment serait venu. Or, pour lui, il semblait que ce moment était arrivé. Je dois admettre que ma première réaction — sur le plan intellectuel, j'avais accepté son suicide comme une possibilité plus ou moins lointaine. Lorsqu'on s'entend dire: «Je veux me suicider maintenant», il s'agit de tout autre chose. Il faut s'adapter. Quoiqu'il en soit, c'était entre Noël et le Jour de l'an, et mon beau-frère et sa femme, qui sont de la Californie, étaient à la maison. Doug répétait qu'il voulait se suicider, et que, pour lui, le moment était venu. Nous en avons discuté à de nombreuses reprises, parce qu'il avait promis de ne rien faire avant que tous ceux de son entourage ne soient prêts. C'était une personne soucieuse d'autrui, et il ne voulait rien faire avant que nous nous sentions aussi à l'aise que possible avec sa décision, compte tenu des circonstances. Il a fini par nous convaincre. Le fond de son raisonnement était le suivant: il y a eu des hauts et des bas, ainsi que des crises, et, pendant un certain temps, on ne sait pas comment on réagira, puis, un jour, les médecins trouvent un moyen de régler bon nombre des symptômes dont on est atteint. Après, on est en paix pendant un certain temps. Puis, tout recommence. C'est une chose que de vivre une telle situation lorsqu'on sait qu'elle est temporaire. On est malade, on sera malade pendant deux ans, puis les choses s'amélioreront. Dans le cas qui nous occupe, les choses sont différentes: on est malade, on connaît des crises, l'une après l'autre, et le résultat final est tout près: on va mourir. Les crises se produisent de plus en plus fréquemment. Elles produisent une détresse profonde. Il n'y a pas d'espoir: on va mourir.

Habituellement, les crises correspondent à l'éclosion d'un nouveau problème, un problème chronique, et on vous prescrit des médicaments pour remédier à ce problème. Après, on doit prendre ce médicament pour le restant de ses jours. Puis, un nouveau problème apparaît, on vous prescrit un nouveau médicament, et ce nouveau médicament interagit avec le premier. Des effets secondaires apparaissent, et on vous prescrit un médicament pour les combattre. À la fin, je me disais qu'en le secouant un peu à la manière d'un hochet, j'entendrais les pilules s'entrechoquer. Il nous a donc convaincus. Nous avons discuté du moyen qu'il utiliserait. J'ai été surprise de constater qu'il avait préparé une trousse. À un moment donné, il a produit un sac, vert foncé, un double sac à ordures en plastique.

Il avait attaché les deux sacs ensemble à l'aide de ruban adhésif. L'idée était la suivante: si le premier sac fuyait, le deuxième servait de protection. Dans ma trousse de couture, il avait volé une bande élastique, l'une de celles qu'on utilise pour les ceintures montées. Il en avait coupé un bout tout juste assez long pour épouser le contour de son cou. C'est le moyen qu'il avait choisi pour se suicider.

[Text]

I asked, "When did you do that?" He said, "About a week ago." This was not exactly an impulsive gesture. He had been thinking about it for quite some time. I repeat, my husband was not psychiatrically, clinically depressed.

He did not want anybody to be there when he killed himself because he did not want us to be incriminated in his death. I deeply regret that because no one was there when he made his attempt. I think it is inhumane to let someone try to do himself in by himself.

This is a particularly emotional issue for me. I will try to compose myself.

We discussed what medication he would take to sedate himself so that he could put up with the bag over his head. This is a recipe given in the self-deliverance books. The idea is that you sedate yourself and when you start feeling that you are about to fall asleep you put the bag over your head. You fasten it with an elastic around your neck. Because you are sedated you do not gasp for air.

There we were, four pathetic people, who had never seen anyone die before. There we were planning my husband's death because society would not provide the help to do so. This was a do-it-yourself job, just like abortions in back alleys with knitting needles a few decades ago were do-it-yourself jobs.

We said goodbye because my husband did not want us to be there. Before we did that I said, "Look, you can change your mind. You don't have to do this just because you have told us you're doing it now. There's no losing face here." He said, "Oh no. I have been wanting to do this. I have been ready a long time."

We had said a real goodbye. He had been diagnosed in October. We had a lot of intimate moments. We had the time to tell each other how much we appreciated each other and how grateful we were that we had had each other and maybe this horrible, horrible thing was the price for the wonderful time we had had together.

When we said goodbye, I was as ready as one can be, although you are never ready to lose the person you love the most in the world. He was doing it on his terms. Someone who appeared before me today talked about dignity. I do not know if we can define dignity, but we certainly can see when it is not there.

My sister-in-law, my brother-in-law and I left. We went to a restaurant. We were away for a couple of hours. We had read in the books that this method takes about 20 minutes. At one point I said to my brother-in-law and my sister-in-law, "Doug is dead now." He said, "Yes, but he was getting there anyhow. It was just a matter of weeks. This way he did it on his terms and it's better that way." I agreed.

[Traduction]

Je lui ai demandé: «Quand as-tu fabriqué cela?» Il a répondu: «Il y a environ une semaine.» Ce n'était pas exactement un geste impulsif. Il y avait pensé pendant un certain temps. Je le répète: mon mari n'était pas en proie à une dépression psychiatrique clinique.

Le moment venu, il voulait être seul parce qu'il ne voulait pas que nous puissions être incriminés à la suite de son décès. Je le regrette profondément, parce que personne n'était là quand il a fait sa tentative. Je pense qu'il est inhumain de laisser quelqu'un tenter de se tuer par ses propres moyens.

Ce sujet me touche tout particulièrement. Je vais tenter de maîtriser mes émotions.

Nous avons discuté des médicaments qu'il prendrait pour tolérer la présence du sac sur sa tête. C'est une des recettes qu'on donne dans les livres consacrés à l'auto-euthanasie. L'idée est la suivante: on prend des médicaments puis, au moment où on commence à s'endormir, on place le sac sur sa tête. C'est alors qu'il faut l'attacher autour de son cou à l'aide d'une bande élastique. À cause des médicaments, on n'éprouve pas la sensation d'étouffement.

Et nous voilà, quatre être pathétiques qui n'avaient jamais vu personne mourir. Nous en étions rendus à planifier la mort de mon mari parce que la société avait refusé de l'aider à mourir. C'était en quelque sorte du bricolage à la maison, tout comme les avortements qu'on effectuait il y a quelques décennies dans des allées sombres, à l'aide d'aiguilles à tricoter.

Nous nous sommes dit au revoir parce que mon mari ne voulait pas que nous soyons présents. Avant, je lui ai dit: «Écoute, tu peux encore changer d'avis. Tu n'est pas obligé d'aller jusqu'au bout parce que tu as dit que tu allais le faire. Tu ne perdras pas la face.» Il a répondu: «Oh non. C'est ce que je veux faire. Je suis prêt depuis longtemps.»

Nous nous étions réellement dit au revoir. Sa maladie avait été diagnostiquée en octobre. Nous avions vécu bon nombre de moments intimes. Nous avions eu le temps de nous dire comment nous nous apprécions l'un l'autre et combien nous étions reconnaissants du fait d'avoir pu vivre ensemble. Peut-être cette chose horrible, vraiment horrible, était-elle le prix à payer pour les années merveilleuses que nous avions connues ensemble.

Lorsque nous nous sommes dit au revoir, j'étais aussi prête qu'on peut l'être, même si on ne peut jamais être prêt à perdre la personne qu'on aime le plus au monde. Il agissait suivant sa propre volonté. Une personne qui a comparu avant moi a évoqué la question de la dignité. Je ne sais pas s'il est possible de définir la notion de dignité, mais nous pouvons certainement constater son absence.

Mon beau-frère, ma belle-soeur et moi sommes partis. Nous nous sommes absentés pendant environ deux heures. Dans les livres consacrés à l'auto-euthanasie, nous avons lu qu'une telle méthode prenait environ 20 minutes. À un moment donné, j'ai dit à mon beau-frère et à ma belle-soeur: «Doug est mort maintenant.» Mon beau-frère a répondu: «Oui, mais il allait mourir de toute façon. Ce n'était qu'une question de semaines. De

[Texte]

We started walking back home. It felt rather creepy, as you can well imagine. I am sure most of you have at least suffered the loss of one person in your life. Confronting the fact is very difficult. But the circumstances were that much harder in this case. I walked into the room first. My husband was lying down in his hospital bed. There was a bag covering half his body, and it was moving up and down, up and down. He was still breathing.

I should digress and tell you that a couple of decades ago my brother had tried to kill himself. I was not there at the time. He had used carbon monoxide and suffered brain damage. I saw the result of the brain damage. He died a year and a half later.

I had seen brain-damaged individuals. Now, there was my husband who had taken an overdose and, for all I knew, he had suffered the lack of oxygen for I did not know how long. I did not know what was going on. We were totally unprepared for this situation. The right thing to do was obvious to me. It was my moral duty to finish what my husband had started. That was the only reasonable thing to do.

I lifted up the bag which was folded over his chest. As I lifted it up I saw that the elastic had gone above his nose and mouth. Before I had time to do anything, my brother-in-law reached over and pulled the bag off.

In the following 36 hours I put the sofa right next to my husband's bed. I lay there with a clock set for every time he had some medication due. I would get up and give it to him, except for the medication of which he had taken a large amount. After a day or so he regained consciousness. He seemed very confused. I did not really know whether his condition was permanent or not. I felt that we should get help.

Thus, I went to see the hospice doctors. I should say that we had been involved with a hospice all along. Reputedly, Victoria has the best palliative care in the country. Victoria is a retirement community. Therefore, the age of the population there is higher than average. As a result, Victoria is well equipped medically. I think the health care profession is one of the three major industries in the city. We lived just a few kilometres away from the hospice and we had had contact with them.

I went to the hospice and told them what had happened. The doctor with whom I spoke said, "Well, it's totally against hospice policy to assist in a suicide. We have never had any attempts in the 14 years we have existed. It's your right to make decisions regarding your own life. It's Doug's right to do whatever he wants with his life. However, should he decide to attempt another suicide, would you kindly withdraw first from our hospice program?"

[Translation]

cette façon, il a agi suivant sa propre volonté, et cela vaut mieux.» J'étais d'accord.

Nous sommes rentrés à la maison à pied. Comme vous pouvez l'imaginer, je me sentais plutôt mal. Je suis certaine que vous avez tous subi la perte d'une personne qui vous était chère. Il est très difficile de faire face à cette réalité. Dans ce cas, les circonstances étaient toutefois beaucoup plus pénibles. Je suis entrée dans la chambre la première. Mon mari était couché sur son lit d'hôpital. Un sac recouvrait la moitié de son corps. Le sac se gonflait légèrement, puis se dégonflait. Il respirait encore.

Je ferai une digression pour vous dire qu'il y a une vingtaine d'années, mon frère a tenté de se suicider. Je n'étais pas présente. Il avait eu recours à l'oxyde de carbone, ce qui avait provoqué des lésions cérébrales. J'ai pu constater les effets des lésions cérébrales. Il est mort un an et demi plus tard.

J'avais vu des personnes atteintes de lésions cérébrales. Devant moi, il y avait mon mari: il avait pris une surdose de médicaments et, depuis je ne savais combien de temps, il manquait d'oxygène. Du moins, je pouvais le soupçonner. Je ne savais pas ce qui se passait. Nous n'étions absolument pas préparés à faire face à une telle situation. Pour moi, la chose à faire était évidente. J'avais le devoir moral de finir ce que mon mari avait entrepris. C'était la seule chose raisonnable à faire.

J'ai soulevé le sac qui était replié sur sa poitrine. En le soulevant, j'ai constaté que la bande élastique était passée par-dessus son nez et sa bouche. Avant que j'aie le temps de faire quoi que ce soit, mon beau-frère a enlevé le sac.

Dans les 36 heures qui ont suivi, j'ai placé le divan tout juste à côté du lit de mon mari. J'y suis restée. Le cadran était réglé pour sonner chaque fois que mon mari devait prendre ses médicaments. Je me levais et je les lui donnais, sauf ceux qu'il avait consommés en grande quantité. Après une journée, il a repris conscience. Il semblait très embrouillé. Je ne savais pas s'il s'agissait d'un état permanent ou non. J'ai senti le besoin de demander de l'aide.

Ainsi, je suis allée consulter les médecins de l'hospice. Je devrais souligner que nous avons eu affaire avec l'hospice depuis le début. Victoria a la réputation d'offrir les meilleurs soins palliatifs au pays. Victoria est une collectivité de retraités. Par conséquent, la population y est plus âgée que la moyenne. C'est pourquoi Victoria possède un bon réseau médico-hospitalier. Je pense que les services de santé représentent l'une des trois premières industries en importance de la ville. Nous vivons à quelques kilomètres de l'hospice, et nous avons eu des contacts avec certaines des personnes qui y travaillaient.

Je me suis rendue à l'hospice et j'ai raconté ce qui c'était passé. Le médecin à qui j'ai parlé a déclaré: «Eh bien, le suicide assisté est contraire à la politique de l'hospice. En 14 ans d'existence, nous n'avons jamais été confrontés à une tentative. Vous avez le droit de prendre des décisions qui concernent votre propre vie. Doug a le droit de faire ce qu'il veut de sa vie. S'il décidait de tenter de se suicider de nouveau, auriez-vous d'abord l'obligeance de vous retirer du programme offert par notre hospice?»

[Text]

The doctor had a look at Doug. She could not tell us whether he would come out of this state or not. She took back the palliative response team's kit. She said that they were not withdrawing the service, but that they did not want to leave the kit there any longer.

The Chairman: What was the kit?

Ms Normandin-Miller: It is a kit which contains medication so that when there is a medical emergency the palliative response team which comes over does not have to carry it. They are quite big and heavy. Each patient who is on the hot list has one. They are left in the home for as long as the patient is on the hot list.

My in-laws returned to California and Doug and I resumed our life at home. Doug actually got better. He was prescribed steroids, which had a miraculous effect. I can see why athletes go for them. He who had not been eating even Jell-O because it was too heavy was now asking for hamburgers. He who at one point could not shake a thermometer was now walking two and three miles. We had an old-fashioned mercury thermometer which he was too weak to shake.

Unfortunately, there are side-effects when these steroids are taken. The steroids address the very local problem in time, but they really created other problems over the longer term. One of them, which is not minor in this case, was that his life was prolonged by about another month because he ate for an extra month. By living for an extra month, he got to live beyond where his body would normally have carried him. He got to experience additional symptoms that normally he would not have experienced because he would have died before reaching that point. But we did not know that at the time. These steroids actually made him feel better at the time.

However, Doug still wanted to commit suicide. At this point, we were more desperate than ever because the clock was ticking and there were more and more symptoms appearing. It was just a matter of, "What's going to come next? I don't want to go through this anymore."

We experienced immense isolation at that time. You want to tell people what you are after, but you want it to come from them. You have to be so circumspect. The song and dance you have to go through is incredible because it is illegal for anyone to help.

I spent a great deal of my time and energy networking and being on the phone instead of being with my husband. Eventually, we gave up. We gave up because we were not getting anywhere. Doug said, "Okay, I have no choice. I guess this is happening in the wrong year."

I believe that in the long term, the Sue Rodriguez case will help because all this is in the open now. I think we will find a solution to these problems. However, for my husband in the short term, it was a disaster because more people were aware of the illegality associated with assisted suicide. Because of the Supreme Court

[Traduction]

Le docteur a examiné Doug. Elle n'a pas été en mesure de nous dire s'il sortirait ou non de l'état dans lequel il se trouvait. Elle a repris la trousse fournie par l'équipe d'intervention de l'unité des soins palliatifs. Elle a dit qu'ils ne nous retireraient pas le service, mais qu'ils ne voulaient plus nous la laisser.

La présidente: Que contenait cette trousse?

M^{me} Normandin-Miller: C'est une trousse qui contient des médicaments: ainsi, en cas d'urgence médicale, l'équipe d'intervention de l'unité des soins palliatifs n'a pas à les apporter avec elle. La trousse est plutôt volumineuse et lourde. On en laisse une auprès de chaque patient faisant partie d'une liste préétablie. Tant et aussi longtemps que le patient est à la maison, on laisse cette trousse à ses côtés.

Mon beau-frère et ma belle-soeur sont rentrés en Californie, et Doug et moi avons repris notre vie à la maison. L'état de Doug s'est amélioré. On lui a prescrit des stéroïdes qui ont eu un effet miraculeux. Je comprends pourquoi les athlètes y ont recours. Lui qui n'était pas capable de manger du Jell-O — parce que c'était trop lourd — réclamait maintenant des hamburgers. Lui qui, à un moment donné, ne pouvait secouer un thermomètre marchait maintenant deux ou trois milles. Nous utilisions un thermomètre à mercure à l'ancienne qu'il était trop faible pour agiter.

Malheureusement, les stéroïdes produisent des effets secondaires. Les stéroïdes permettent de régler de façon ponctuelle un problème très localisé, mais, à long terme, ils créent d'autres problèmes. L'un d'entre eux — qui, dans ce cas, n'est pas négligeable — est que sa vie a été prolongée d'un autre mois parce qu'il a été en mesure de manger pendant un mois de plus. En vivant un mois de plus, il est allé au-delà de ce que son corps aurait normalement pu supporter. Il a connu des symptômes que, normalement, il n'aurait pas dû connaître parce qu'il serait mort avant d'en venir là. Mais alors, nous ne le savions pas. À l'époque, il se sentait mieux grâce aux stéroïdes.

Cependant, Doug voulait toujours se suicider. À ce stade, nous étions plus désespérés que jamais parce que le temps filait et que de plus en plus de symptômes apparaissaient. La question qu'il se posait était simplement la suivante: «Qu'est-ce qui va m'arriver maintenant? Je refuse de continuer à vivre ainsi.»

À l'époque, nous vivons dans un immense isolement. On veut dire aux gens ce qu'on recherche, mais on espère que cela viendra d'eux. On fait preuve de circonspection. Il faut prendre des précautions incroyables parce qu'il est illégal pour quiconque de vous aider.

J'ai consacré beaucoup de temps et d'énergie à établir des contacts et à donner des coups de fil plutôt que de demeurer aux côtés de mon mari. Un jour, nous avons abandonné. Nous avons abandonné parce que nous n'obtenions aucun résultat. Doug a dit: «D'accord. Je n'ai pas d'autre choix. Je pense que je suis tombé malade la mauvaise année.»

À long terme, je crois que l'affaire Sue Rodriguez se révélera utile parce que le débat est maintenant ouvert. Je pense que nous trouverons une solution à ces problèmes. À court terme, pour mon mari, la situation était toutefois catastrophique parce que tout le monde savait qu'il était illégal d'avoir partie liée à un suicide

[Texte]

decision, people who might have helped before would not help now.

Doug gave it up. I feel that if he had seen a video of what was to come, he would have jumped out a window to avoid it.

I will spare you further descriptions.

In terms of palliative care, I am very grateful that it is there. I do not understand why the people whose position it is to defend palliative care speak as if there were a conflict between palliative care and giving people the freedom to die at the time of their choice. These are not mutually-exclusive options.

When I get sick, I want palliative care. I want all the help I can get for as long as it can work. When I have decided I have had enough, then I want to be able to say, "This is it. I don't want palliative care anymore." As long as people want it, I am all for it. There should be funding given to research into palliative care. There should be more resources for palliative care.

There are still some people who would rather have control over how they die. That was the desire of my husband. I am very sorry the timing was wrong for him.

Thank you very much for listening.

The Chairman: Thank you very much, Mrs. Normandin. I do not think we will ask you any questions.

Mrs. Normandin-Miller: It is okay if you want to ask some. I will be glad to answer. If you do not have any, that is okay too.

The Chairman: Does anyone want to ask questions?

Senator DeWare: We just want to let Mrs. Normandin-Miller know that the people on the committee have all gone through personal experiences, either in their work or with family members and friends. My father had Lou Gehrig's disease. I think that we are cognizant of some of the things you have experienced. We want to thank you very much for coming and sharing it with us today.

Senator Perrault: It took a great deal of courage for you to come and be this forthright in terms of what are obviously deeply-held personal emotions. We thank you.

Mrs. Normandin-Miller: I felt I had no choice.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'aurais seulement une question à poser, madame la présidente. Votre témoignage a été fait, j'imagine, avec l'objectif de faire avancer, enfin, (je peux parler d'une cause) la discussion sur toute la question de l'euthanasie et du suicide assisté.

Si la même situation se présentait pour vous ou de vos proches, que ce soit vos parents ou d'autres, réagiriez-vous de la même façon?

[Translation]

assisté. À la suite de la décision de la Cour suprême, les personnes qui auraient été susceptibles de nous aider n'étaient plus en mesure de le faire.

Doug a renoncé. Je pense que si on avait pu lui montrer sur une bande vidéo ce qui allait arriver, il se serait jeté par une fenêtre pour l'éviter.

Je vous ferai grâce de descriptions plus détaillées.

Quant aux soins palliatifs, je leur suis très reconnaissante. Je ne comprends pas pourquoi les gens qui défendent les soins palliatifs font comme s'il existait une contradiction entre les soins palliatifs et le fait de donner aux gens la possibilité de mourir au moment de leur choix. Ces possibilités ne s'excluent pas mutuellement.

Si je tombe malade, je veux avoir accès aux soins palliatifs. Je veux obtenir toute l'aide possible tant et aussi longtemps que des résultats seront obtenus. Lorsque je déciderai que j'en ai assez, je veux pouvoir dire: «C'est assez, je ne veux plus recevoir de soins palliatifs.» Je suis en faveur de ces soins tant et aussi longtemps que les personnes malades acceptent de les recevoir. On devrait subventionner la recherche dans le domaine des soins palliatifs. On devrait allouer plus de ressources aux soins palliatifs.

Il y a encore des gens qui aimeraient décider de la façon dont ils mourront. Tel était le souhait de mon mari. Je suis désolée que le moment ait été mal choisi pour lui.

Je vous remercie beaucoup de m'avoir écoutée.

La présidente: Merci beaucoup, madame Normandin. Je ne crois pas que nous vous poserons de questions.

Mme Normandin-Miller: Vous pouvez me poser certaines questions. Je serai heureuse d'y répondre. Si vous n'en avez pas, cela me convient aussi.

La présidente: Y a-t-il des questions?

Le sénateur DeWare: Nous voulions simplement dire à Mme Normandin-Miller que toutes les personnes qui siègent au Comité ont connu des expériences personnelles du genre, que ce soit dans le cadre de leur travail ou dans leur vie personnelle, chez leurs parents ou amis. Mon père a été atteint de la maladie de Lou Gehrig. Je pense que nous sommes au fait de certaines des choses que vous avez vécues. Nous voulons vous remercier beaucoup d'être venue ici aujourd'hui pour partager avec nous votre expérience.

Le sénateur Perrault: Il faut beaucoup de courage pour aborder directement des émotions qui, de toute évidence, sont profondément ancrées. Nous vous remercions.

Mme Normandin-Miller: J'avais le sentiment de n'avoir pas d'autre choix.

Senator Lavoie-Roux: I just have one question to ask, Madam Chair. You gave your presentation I imagine, in order to further (if I can talk about a cause) the debate on the whole issue of euthanasia and assisted suicide.

If this were the situation facing you yourself or one of your loved ones, your parents for instance, would you react the same way?

[Text]

Mme Normandin-Miller: Oui, sénateur Lavoie-Roux. J'aimerais que la famille n'ait pas à être aussi impliquée dans ces discussions-là parce que cela est très difficile. Si, par exemple, mon époux avait pu obtenir, de la part de son médecin, une prescription de barbituriques, il aurait pu, à ce moment-là, tout simplement mettre la question de côté. Il aurait su qu'il avait les moyens de mourir au moment où il l'aurait voulu. Entre-temps, il aurait pu se concentrer sur autre chose et avoir une relation avec moi, d'époux et d'épouse. Parce que cela n'est pas légal, les gens sont pris à chercher des méthodes à un moment où, vraiment, ils devraient, le plus possible, jouir du peu de temps qu'il leur reste. Oui, je suis absolument en faveur de la liberté de choix.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous remercie de votre témoignage, madame Normandin-Miller.

The Chairman: Thank you, Mrs. Miller.

Now we will hear from Dr. Balfour Mount, a professor and chair of palliative care medicine at McGill University and a founding director of the Royal Victoria Hospital Palliative Care Service.

Dr. Balfour Mount, Royal Victoria Hospital: Honourable senators and fellow Canadians, I need to acknowledge at this point how impressed I am by your ability to sit for so many hours.

I need to also say how touched I was by the story we have just heard. I think we are indebted to Mrs. Miller. I think she actually brought to us some very important issues which could be used as teaching points, but that is to digress.

In presenting my brief, I would like to start by defining terms, because my hope is that definitions will clarify the discussion. In brief, "euthanasia", I understand, in the terms of our current national discussion, to imply active, voluntary euthanasia. That is the deliberate termination of life of a person with incurable progressive disease that is inexorably leading to death.

By "assisted suicide", I understand by a suicide by means of medication or technology supplied to the individual for that purpose usually, in the terms of this discussion in the national debate, by a physician.

By "palliative care", I understand an active compassionate care program whose goal is, in the main, improved quality of life for the terminally ill patient and their families.

First I would like to examine the terms of reference of this debate and what I understand to be some of the qualifying issues around the terms of reference.

I do not think that this is a national debate about death with dignity because I would suggest that people who would come down on both sides of the question would favour death with dignity.

[Traduction]

Mrs. Normandin-Miller: Yes, Senator Lavoie-Roux. I would prefer it if my family were not so closely involved in these sorts of discussions because it makes them very difficult. If, for example, my husband had been able to get a prescription for barbiturates from his doctor, he would then have been able to set the whole issue aside. He would have known that he had the means to die at the moment of his choosing. In the meantime, he would have been able to concentrate on other things and have a relationship with me as husband and wife. Because they are illegal, people are forced to go looking for methods at a time when really they should be getting the most out of the brief time they have left. Yes, I am wholly in favour of the freedom to choose.

Senator Lavoie-Roux: Thank you for your testimony, Mrs. Normandin-Miller.

La présidente: Merci, madame Miller.

Nous entendons maintenant le Dr Balfour Mount, professeur et directeur de la division de médecine palliative à l'Université McGill, et directeur fondateur du Service des soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria.

Dr Balfour Mount, Hôpital Royal Victoria: Honorables sénateurs et compatriotes, je tiens à dire à ce moment-ci que votre capacité de siéger pendant de nombreuses heures m'impressionne au plus haut point.

Je tiens également à dire combien j'ai été touché par le témoignage que nous venons tout juste d'entendre. Je pense que nous devons une fière chandelle à M^{me} Miller. Je pense qu'elle a présenté quelques enjeux très importants que nous pourrions utiliser comme outils d'apprentissage, mais c'est là une digression.

J'aimerais commencer ma présentation en définissant les termes. J'espère que ces définitions permettront de clarifier le débat. En bref, j'entends par «euthanasie» — dans le contexte du débat qui a présentement lieu à l'échelon national — l'euthanasie active, volontaire. Il s'agit de mettre délibérément un terme à la vie d'une personne atteinte d'une maladie évolutive incurable qui la conduit inexorablement à la mort.

Par «suicide assisté», j'entends un suicide commis à l'aide d'une technologie ou d'un médicament fourni à la personne à cette fin. Dans le débat national actuel, c'est habituellement un médecin qui fournit ces moyens aux malades.

Par «soins palliatifs», j'entends un programme de soins actifs humains ayant principalement pour but d'améliorer la qualité de vie des patients en phase terminale ainsi que celle des membres de leur famille.

Premièrement, j'aimerais examiner les paramètres du débat et ce que je comprends de certaines des questions pertinentes qui gravitent autour de ces paramètres.

Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un débat national portant sur la notion de mort digne parce que, me semble-t-il, les tenants des deux points de vue opposés sur cette question seraient en faveur de la notion de mort digne.

[Texte]

Second, I do not feel this debate is helpfully characterized by either pro-life or pro-choice alternatives. Again, I feel that people on both sides of the question would see themselves as holding both views.

Third, I think this debate is not about discontinuing or withholding inappropriate life-prolonging treatment, an issue that has been under debate in our country and others for three decades and on which consensus has largely been reached.

There is general agreement now that there is no place for the introduction of life-prolonging treatment when the patient is against that or no argument against discontinuing that. That issue has been sorted out and largely agreed to by a broad range of authorities. I do not think that is the issue here.

Fourth, this debate is not about double effect. That is the risk of shortening life as a consequence of treatment given for the purpose of alleviating suffering. That may happen as a consequence of good palliative care and it is unrelated to euthanasia or assisted suicide.

Fifth, I think this debate is about the best response and the best way for Canada as a nation to respond to the sort of suffering we have heard about.

I said when you were out, Mrs. Miller, how indebted we are to you for coming and being with us today.

The question before us is how best, as a nation, to deal with the suffering we have just heard about, as an excellent example, in the presence of progressive terminal illness.

The national debate poses two questions. First, are euthanasia and assisted suicide acceptable solutions to suffering? Second, should they be decriminalized in Canada?

It may be helpful, perhaps necessary, for the committee to know where I am coming from as an individual, so a brief digression to outline my personal experiences.

In my adult life, my experience with cancer, as we have also heard from the experience of many committee members, has been highly personalized.

At the age of 25, I had an embryonal cell carcinoma. At that time, the survival rate with that cancer was 33 per cent. More recently, I have had the privilege of being a caregiver for a family member, my mother, as she died with cancer.

In my professional career as a caregiver, I started as a surgical oncologist in the treatment of urologic cancers, radical cancer surgery — I am a surgeon — and also chemotherapy.

[Translation]

Deuxièmement, je ne pense pas qu'il soit utile de polariser le débat autour d'une option pro-vie ou d'une option pro-choix. Une fois de plus, je pense que les tenants des deux options considéreraient qu'ils défendent les deux points de vue.

Troisièmement, je pense que le débat ne porte pas sur l'interruption ou le maintien de traitements inappropriés visant à prolonger la vie, puisqu'il s'agit d'une question débattue au Canada et dans d'autres pays depuis trois décennies et au sujet de laquelle on est parvenu à un large consensus.

De façon générale, on convient maintenant que l'introduction de traitements visant à prolonger la vie n'a pas sa place lorsque le patient s'y oppose et qu'aucun motif n'interdit une interruption. Cette question a été tirée au clair. Pour l'essentiel, un large éventail d'autorités se sont entendues à ce sujet. Je pense que là n'est pas la question.

Quatrièmement, le débat ne porte pas non plus sur la notion de double effet, c'est-à-dire sur le risque que le traitement donné pour atténuer les souffrances du malade ait pour effet de raccourcir sa vie. Cela peut se produire à la suite de la prestation de soins palliatifs de bonne qualité. Il s'agit d'une question tout à fait distincte de celle qui a trait à l'euthanasie ou au suicide assisté.

Cinquièmement, je pense que le débat porte sur la meilleure façon dont le Canada — en tant que nation — peut réagir au genre de souffrances dont nous avons entendu parler.

Pendant que vous étiez sortie, M^{me} Miller, j'ai dit que nous devions vous être reconnaissants d'être venue parmi nous aujourd'hui.

La question est de savoir comment le Canada — en tant que nation — peut réagir le mieux possible face à la souffrance que suppose une maladie dont l'issue est fatale.

Le débat national suppose deux questions. Premièrement, l'euthanasie et le suicide assisté constituent-ils des solutions acceptables face à la souffrance? Deuxièmement, devraient-ils être décriminalisés au Canada?

Je pense qu'il serait utile — et peut-être nécessaire — que les membres du Comité en sachent un peu plus à mon sujet. On me permettra donc de faire une brève digression pour souligner certaines de mes expériences personnelles.

Dans ma vie adulte, mon expérience du cancer — tout comme celle de bon nombre de membres du Comité, ainsi que nous l'avons entendu — est très fortement personnalisée.

À l'âge de 25 ans, j'ai été atteint d'un carcinome embryonnaire. À l'époque, le taux de survie de ce cancer s'élevait à 33 %. Plus récemment, j'ai eu la chance d'agir comme soignant pour un des membres de ma famille, c'est-à-dire ma mère, qui est morte du cancer.

Dans ma carrière de soignant professionnel, j'ai débuté comme chirurgien oncologiste spécialisé dans le traitement des cancers des voies urinaires, les ablations — je suis chirurgien — et la chimiothérapie.

[Text]

Then I did a study 21 years ago to look at how patients died at our teaching hospital. We were very concerned with the unmet needs and the unacceptable suffering of which we largely had not been aware at the Royal Victoria Hospital, a first-rate McGill teaching hospital. That led us to explore the options and develop the Royal Victoria palliative care program.

For the last 20 years then, I have exclusively committed myself to the care of the terminally ill and their families as director of the Royal Vic service and more recently as director of the division of palliative care at McGill, where we have a large home-care program, in-patient services in eight McGill-affiliated institutions, and bereavement follow-up programs for the families after the loved ones die.

As we heard earlier, the majority of our patients have cancer. We have 200 to 300 patients per year at the Royal Vic alone. A significant minority have non-malignant disease, including Lou Gehrig's disease which Sue Rodriguez died from, amyotrophic lateral sclerosis; HIV disease, AIDS; end-stage respiratory and renal diseases.

Over the past 10 years, I have been profoundly impressed by the potentials of palliative care, also by its limitations, and by the depths of suffering possible for those confronting mortal illness.

Because, honourable senators, I think that religious beliefs and values influence the views of many — indeed all of us in one way or another — when addressing these issues and the issues you are sorting out, I speak as one who is mindful of the pluralistic nature of our society and the importance of not imposing personal values on those of other traditions.

I would like to now turn to six positions which I bring to this committee and which I urgently suggest you consider as eventual conclusions for your work. They will address six different areas.

The first is the burden of suffering. What are the facts? A recent Canadian Cancer Society study examining the needs of cancer patients in four Canadian provinces, Manitoba, Ontario, Quebec and P.E.I., found that patients with advanced disease and palliative care disease have the highest proportion of unmet needs, as compared to earlier in the disease trajectory. They found consistent low use of pain-management medications, even in the presence of extreme pain. They found that the highest level of unmet needs were for practical assistance with activities of daily living. They also found unmet psycho-social, emotional and spiritual needs and poor support in those areas.

[Traduction]

Il y a vingt et un ans, j'ai réalisé une étude au sujet de la façon dont les patients mouraient à l'hôpital universitaire où je travaillais. Nous nous préoccupions au plus haut point du fait que des besoins n'étaient pas satisfaits et que, à l'Hôpital Royal Victoria, un hôpital universitaire de premier plan rattaché à McGill, des personnes étaient victimes de souffrances inacceptables. Nous avons donc décidé d'explorer les possibilités qui s'offraient à nous et de créer le programme des soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria.

Depuis 20 ans, je me suis exclusivement consacré au soin des personnes en phase terminale ainsi qu'à celui de leur famille, d'abord en tant que directeur du Service de l'Hôpital Royal Victoria, et, plus récemment, en tant que directeur de la division des soins palliatifs à McGill, où il existe un important programme de soins à domicile, des services aux patients hospitalisés dans huit établissements rattachés à McGill et des programmes de suivi destinés aux personnes éprouvées par la perte d'un être cher.

Comme nous l'avons entendu plus tôt, la plupart de nos patients sont atteints d'un cancer. À l'Hôpital Royal Victoria seulement, nous traitons de 200 à 300 patients par année. Une importante minorité d'entre eux sont atteints de maladies non malignes, y compris la maladie de Lou Gehrig, celle dont est morte Sue Rodriguez, soit la sclérose latérale amyotrophique, l'infection à VIH, le sida et les insuffisances respiratoires et rénales terminales.

Au cours des dix dernières années, j'ai été profondément impressionné par les possibilités des soins palliatifs, mais également par leurs limites, ainsi que par la profondeur de la souffrance que peuvent éprouver les personnes confrontées à une maladie mortelle.

Honorables sénateurs, parce que je sais que les croyances et les valeurs religieuses influencent les vues de bon nombre de personnes — celles de la totalité d'entre nous, d'une façon ou d'une autre — lorsqu'on aborde ces questions et celles que vous vous efforcez de démêler, je m'adresse à vous en tant que personne respectueuse de la nature pluraliste de notre société et de l'importance que revêt le fait de ne pas imposer ses propres valeurs aux personnes issues de traditions différentes.

J'aimerais maintenant passer à six positions que je vous prie instamment de considérer comme conclusions éventuelles à vos travaux. Elles portent sur six domaines différents.

La première a trait au fardeau de la souffrance. Quels sont les faits? Dans une étude récente réalisée par la Société canadienne du cancer au sujet des besoins des personnes atteintes du cancer dans quatre provinces canadiennes, à savoir le Manitoba, l'Ontario, le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard, on a constaté que c'est chez les patients dont la maladie se trouve à un stade avancé et qui reçoivent des soins palliatifs qu'on observe la proportion la plus élevée de besoins non satisfaits lorsqu'on établit une comparaison avec un stade antérieur de la maladie. On a pu constater une utilisation constamment limitée des médicaments qui aident à soulager la douleur, même dans les cas de douleur extrême. Dans l'aide pratique liée aux activités de tous les jours, on a également constaté le niveau le plus élevé de besoins non satisfaits. Enfin, l'étude a révélé des besoins spirituels, affectifs et

[Texte]

The researchers in the Canadian Cancer Society studies, four studies in four provinces, were quick to point out that, because of the methodology, their findings, significant as they were, were almost certainly an under-estimate of the needs of Canadian palliative care patients.

The significance of these findings is underscored when we look at cancer statistics. In 1993, there were over 116,000 Canadians diagnosed as having cancer and, in 1993, 60,000 deaths with cancer.

The chance of those of us in this room contracting any form of cancer rose by an average of 0.8 per cent and 0.5 per cent for women per year during the years 1981 to 1993. We do not have projections for cancer mortality, but a rise of three to four per cent per year is a reasonable expectation. The result is that, in the year 2000, we anticipate there will be 70,000 to 75,000 Canadians dying from cancer in that year.

The need is not, as we have heard, confined to malignant disease. AIDS stands as an example. The dimensions of this challenge require further clarification, but all conclude that the needs for improved care for AIDS and other terminal illnesses are significant.

Thus the first position I would like to commend: There exists in Canada an important burden of unnecessary suffering in terminal illness and the burden is increasing. The current debate provides an excellent opportunity for this Senate committee to mobilize national resolve to address this critical issue.

The second arena of concern is the role of palliative care. What are the facts? As we have heard today, the modern hospice movement is very young. It is 27 years since Cicely Saunders opened the doors of the St. Christopher's Hospice and placed, for the first time in modern medical history, an equal-priority rating on patient care, research and teaching, taking an academic look at the needs of the dying.

The influence of what started as hospice care now is known internationally as palliative care. The influence has been quite remarkable. I am very proud to say that Canada has played a significant pioneering role internationally in moving the models of care forward.

A significant date is 1987 when the U.K. became the first country — or set of countries, Scotland and England — through their Royal Colleges at Edinburgh and London, to recognize palliative medicine as a medical specialty. In quick succession, Australia and New Zealand followed.

[Translation]

psychosociaux non satisfaits. Dans ces domaines, le soutien accordé est en outre insuffisant.

Les chercheurs qui ont réalisé les études pour le compte de la Société canadienne du cancer, c'est-à-dire une étude dans chacune des quatre provinces, ont eu tôt fait de souligner que, en raison de la méthodologie adoptée, leurs conclusions — même si elles demeurent valables — ne donnent pas une idée claire des besoins des patients canadiens qui reçoivent des soins palliatifs, en ce sens qu'elles les sous-estiment presque à coup sûr.

Pour reconnaître l'importance de ces conclusions, il suffit d'examiner les statistiques relatives au cancer. En 1993, on a diagnostiqué un cancer chez plus de 116 000 Canadiens; en 1993, 60 000 personnes sont mortes du cancer.

De 1981 à 1993, le risque que les personnes présentes dans cette salle contractent une forme ou une autre de cancer a augmenté, chaque année, de 0,8 % en moyenne et de 0,5 % chez les femmes. Nous ne disposons d'aucune projection quant à la mortalité imputable au cancer, mais on peut s'attendre raisonnablement à une augmentation de 3 ou 4 % par année. D'ici l'an 2000, nous nous attendons donc à ce que de 70 000 à 75 000 Canadiens meurent du cancer chaque année.

Comme nous l'avons entendu, le besoin n'a pas trait qu'aux affections malignes. Un bon exemple est le sida. Les dimensions de ce défi sont telles qu'elles exigent de plus amples éclaircissements, mais tout indique que les personnes atteintes du sida ou d'autres maladies dont l'issue est fatale ont grandement besoin de meilleurs soins.

Voici donc la première position que j'aimerais recommander: au Canada, les maladies dont l'issue est fatale représentent un fardeau important de souffrances inutiles, et ce fardeau va croissant. Le présent débat donne aux membres du comité du Sénat l'occasion de susciter à l'échelon national une volonté de régler cette question critique.

Le deuxième facteur de préoccupation a trait au rôle des soins palliatifs. Quels sont les faits? Comme nous l'avons entendu aujourd'hui, le mouvement des hospices modernes en est à ses premiers balbutiements. Il y 27 ans, Cicely Saunders ouvrait les portes du St. Christopher's Hospice et, pour la première fois dans l'histoire de la médecine moderne, donnait la même importance aux soins aux patients, à la recherche et à l'enseignement, en examinant d'un point de vue universitaire les besoins des mourants.

À l'échelle internationale, on désigne maintenant sous le nom de «soins palliatifs» ce qui a débuté comme des soins prodigués dans les hospices. Cette influence a été plutôt remarquable. Je suis très fier de dire que le Canada a joué un rôle de pionnier important sur la scène internationale en contribuant à l'évolution des modèles de soins.

1987 est une date à retenir. En effet, c'est à ce moment que le Royaume-Uni est devenu le premier pays — ou ensemble de pays, avec l'Écosse et l'Angleterre — à reconnaître, par l'entremise de ses collèges royaux d'Édimbourg et de Londres, la médecine palliative comme spécialité médicale. Rapidement, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont suivi.

[Text]

In Canada, palliative medicine is not a recognized specialty. We are now in dialogue with the Royal College and the College of Family Physicians.

The recent Oxford textbook of palliative medicine has already out-sold any other medical specialty textbook published to date by the Oxford University Press.

The World Health Organization defines palliative care in terms of being active, total care, focusing on control of pain and other symptoms and, as you have heard many times, psychological, social, and spiritual support aimed to improve the quality of life.

In the World Health Organization definition, they make several important comments. The WHO document, in defining palliative care, states that it affirms life and regards dying as a normal process; that it neither hastens nor postpones death; that it provides relief from pain and other distressing symptoms. It integrates the psychological and spiritual aspects of patient care and supports the patient in attempts to live actively and fully and the family in coping with the loss.

Finally, in terms of looking at palliative care, withholding and withdrawing life-prolonging treatment at the patient's wishes is part of palliative care. Sedation of patients where we have been unsuccessful in alleviating suffering is part of palliative care. That needs to be understood.

Palliative care patients are among the sickest, most needy with the most complex problems in the health care system. The goal is to address whole-person needs in body, mind, and spirit and taking equally seriously the distress of body, mind and spirit.

I am led then to my second position which I would like to recommend to the committee: The provision of comprehensive palliative care services constitutes the appropriate response to suffering at the end of life.

The third arena to consider briefly is access to palliative care services. A recent report estimated that only five per cent of dying patients in Canada receive palliative care. All studies suggest that services available to Canadians are qualitatively and quantitatively uneven.

There was a question earlier about the availability of palliative care services. There are some 340 programs which call themselves palliative care programs in the last census two or three years ago. Of those, one-third of so-called Canadian palliative care programs have no physician involvement at all.

Gertrude Stein said, "A rose is a rose is a rose." A palliative care program is not a palliative care program is not a palliative care program. You need to know that a third of so-called

[Traduction]

Au Canada, la médecine palliative n'est pas une spécialité reconnue. Nous discutons présentement de cette question avec le Collège Royal et le Collège des médecins de famille.

On a déjà vendu plus d'exemplaires du manuel de médecine palliative d'Oxford que de tout autre manuel traitant d'une spécialité médicale publié à ce jour par l'Oxford University Press.

L'Organisation mondiale de la santé définit les soins palliatifs comme étant des soins actifs et globaux qui mettent l'accent sur le contrôle de la douleur et d'autres symptômes ainsi que sur le soutien psychologique, social et spirituel visant à améliorer la qualité de vie dont vous avez entendu parler à de nombreuses reprises.

Dans la définition de l'Organisation mondiale de la santé, on fait quelques commentaires importants. Dans le document de l'OMS où l'on définit les soins palliatifs, il est écrit que ces soins valorisent la vie et qu'on considère la mort comme un processus normal, qu'ils ne hâtent ni ne retardent la mort et qu'ils visent à atténuer la douleur et d'autres symptômes de détresse. Ils intègrent les aspects psychologique et spirituel des soins aux patients et aident ceux-ci à mener une vie active et bien remplie, enfin ils visent à aider la famille à composer avec la perte subie.

Finalement, le fait d'interrompre ou de maintenir les traitements visant à prolonger la vie suivant les vœux du patient font partie intégrante des soins palliatifs. On doit en tenir compte dans l'examen de tels soins. Les médicaments qui n'ont pu permettre d'atténuer les souffrances des patients font également partie des soins palliatifs. On doit le comprendre.

Les personnes qui reçoivent des soins palliatifs comptent parmi les personnes les plus malades qu'on retrouve dans notre réseau médico-hospitalier. En outre, ce sont aussi ceux dont les besoins sont les plus grands et dont les problèmes sont les plus complexes. Le but consiste à tenir compte des besoins physiques, mentaux et spirituels de l'ensemble de la personne et à accorder une attention égale à la détresse physique, mentale et spirituelle.

J'en viens à la deuxième position que j'aimerais recommander aux membres du Comité: la prestation de soins palliatifs complets constitue la réponse appropriée à la douleur des personnes en phase terminale.

Le troisième secteur à considérer brièvement a trait à l'accès aux services de soins palliatifs. Dans un récent rapport, on a évalué à 5 p. 100 seulement le nombre de patient en phase terminale qui, au Canada, reçoivent des soins palliatifs. Toutes les études laissent entendre que les services offerts aux Canadiens sont inégaux sur le plan qualitatif et quantitatif.

Plus tôt, on a soulevé une question au sujet de la disponibilité des services de soins palliatifs. Dans la plus récente enquête, réalisée il y a deux ou trois ans, on a recensé quelque 340 programmes qui se désignent comme programmes de soins palliatifs. Or, le tiers des programmes canadiens associés aux soins palliatifs ne comptent sur la participation d'aucun médecin.

Pour paraphraser Gertrude Stein, qu'elle que soit l'étiquette qu'on lui appose, une rose n'est jamais qu'une rose. Il en va tout autrement d'un programme de soins palliatifs. On doit savoir

[Texte]

palliative programs in Canada do not even have token physician involvement. There is a broad range of things out there going by that label. It comes back to the issues of, "What are we talking about?"

The debate we are presently having comes at a critical time in the evolution of Canadian health care. Primary care physicians have a documented feeling of inadequacy in both training and support in treating the terminally ill. There is an absence of secure, accepted funding mechanisms in most provinces.

One of my colleagues, a young family physician with a Masters degree in epidemiology and a fine mind and burning interest in palliative care, moved to Halifax and depressed me by not going into palliative care. I said to him, "Why do you not do palliative care?" He said, "Because I have got to feed my family." There are not secure funding mechanisms in most provinces — Quebec is an exception — to fund palliative care physicians.

Next, there are few funded full-time palliative physicians in Canada and even fewer qualified candidates to fill them. With a great deal of effort, Dr. MacKinnon at Dalhousie University put together a funded, university-based province-wide-influence program in Halifax at Dalhousie. They spent over two years looking for a person qualified and available in Canada to fill that position. We have academic positions available at McGill. Because it is a young field and for many other reasons, there are no people to fill those positions.

Finally, looking at the complex issues facing our health care system, I need hardly remind this group that there are massive federal and provincial deficits which forecast further health care cuts in all provinces.

Among the things that will be cut are palliative care programs. In 1993 the Royal Victoria Hospital had an \$8 million budget cut. The chief of medicine called me on the phone and said, "I want to say something to you. I have to cut either the coronary intensive care unit, the dialysis unit, one of the two clinical teaching units left at the Royal Vic or the palliative care unit. What would you have me cut?" I said, "Dale, I think you have the question wrong." The issue is, this is a country facing health care crisis as everyone knows. Palliative care programs across this country are in jeopardy, even the ones that do have sound teams. It has been said that the measure of a caring society is how it treats the most frail members. I feel that members of our society have a

[Translation]

qu'un tiers des programmes dits de soins palliatifs au Canada ne comptent pas même sur la participation symbolique d'un médecin. Il existe un large éventail de choses que l'on désigne sous cette étiquette. On en revient donc à la question suivante: «De quoi parle-t-on?»

Le débat que nous tenons présentement a lieu à un moment critique de l'évolution des soins de santé au Canada. Non sans raison, les médecins de premier recours ont le sentiment qu'il existe des inégalités dans la formation et le soutien accordés aux personnes qui traitent les patients en phase terminale. Dans la plupart des provinces, il n'existe pas de mécanisme de financement sûrs et acceptés.

Un de mes collègues, jeune médecin de famille titulaire d'une maîtrise en épidémiologie et animé d'un intérêt marqué pour les soins palliatifs — en plus de posséder la disposition d'esprit qu'il faut pour oeuvrer dans le domaine —, s'est établi à Halifax. J'ai été déprimé d'apprendre qu'il n'allait pas se spécialiser dans le domaine des soins palliatifs. Je lui ai dit: «Pourquoi ne t'es-tu pas dirigé vers les soins palliatifs?» Il m'a répondu: «Parce que je dois nourrir ma famille.» Dans la plupart des provinces, il n'existe pas de mécanisme de financement sûrs — le Québec, à cet égard, est une exception — destinés aux médecins qui offrent des soins palliatifs.

Au Canada, il n'existe qu'un petit nombre de postes rémunérés de médecins à temps plein spécialisés dans les soins palliatifs et un nombre encore moins grand de candidats qualifiés pour occuper ces postes. À la Dalhousie University, le docteur MacKinnon, au prix d'efforts considérables, a mis sur pied à Halifax, plus précisément à Dalhousie, un programme universitaire financé dont l'influence se fait sentir dans l'ensemble de la province. Pendant plus de deux ans, on a recherché au Canada une personne qualifiée et disponible qui accepterait d'occuper ce poste. À l'Université McGill, quelques postes universitaires sont présentement disponibles. Parce qu'il s'agit d'un domaine récent et pour de nombreuses autres raisons, personne ne veut occuper ces postes.

Finalement, il est inutile de rappeler aux membres du Comité — lorsqu'on considère les questions complexes auxquelles notre réseau hospitalier est confronté — que les déficits fédéraux et provinciaux massifs laissent prévoir, dans toutes les provinces, de nouvelles réductions des budgets affectés aux soins de santé.

Parmi les secteurs où les réductions seront effectuées, on retrouve les programmes de soins palliatifs. En 1993, l'Hôpital Royal Victoria a dû composer avec des compressions budgétaires de huit millions de dollars. Le chef du service de médecine m'a téléphoné pour me tenir ces propos: «Je voulais te dire une chose. Je pouvais effectuer des compressions dans l'unité de soins coronariens intensifs, dans le service de dialyse, dans l'une des deux unités d'enseignement clinique qui reste au Royal Victoria, ou dans le services des soins palliatifs. Que ferais-tu à ma place?» J'ai répondu: «Dale, je pense que tu ne poses pas la bonne question.» La question est la suivante: le pays, comme chacun le sait, fait face à une crise des soins de santé. Dans tout le pays, les

[Text]

right to care and protection, and they have a right to the best of palliative care.

That leads to my third position. I would like to advocate that this committee recommend that governments, health care planners and providers assign the highest priority to the development of a comprehensive system of palliative care for Canadians.

The fourth issue is euthanasia. As I mentioned in opening, by that I mean active, voluntary euthanasia. In individual cases some may see this as an appropriate solution. I would argue, however, as the House of Lords concluded several months ago when they concluded this same exercise, the wider social considerations make that practice undesirable. They comment, "The issue of euthanasia is one in which the interest of the individual cannot be separated from the interest of society as a whole." I would submit that for our society to work, to function, one class of individuals, physicians, cannot stand outside the law prohibiting the taking of life, no matter how well intended the act. Furthermore, the benefit of allowing this choice must be weighed against the possible abuse of euthanasia affecting the frail, disabled and economically disadvantaged members of society.

Historically the physician-patient relationship has been grounded in two fundamental goals; comfort and cure. If we add a third, to kill, I would argue that would substantially change the fabric of the patient-family relationship. The argument that in this case to kill is simply a fulfilment of the mandate to comfort, rings hollow when good palliative care, including as it does the option to alleviate suffering, has not been uniformly made available. Finally, once the elimination of the sufferer has been judged as an appropriate means of alleviating suffering, the doors open to vicissitudes of individual judgment as to when this course is appropriate. Margo Somerville, Director of the Institute of Law, Ethics and Medicine at McGill, says that euthanasia should be seen as different in kind, not just degree, from other acts or omissions that could or do shorten life. It is argued that one crosses a great divide in undertaking intentional killing. While pain and other symptoms of serious physical distress should be relieved, it must always be the pain or other symptom that one seeks to eliminate, not the person with the pain or symptom.

That leads me to my fourth position that I would like to urge the committee to take: A physician should not provide interventions that will intentionally cause the death of a patient.

The fifth area is that of assisted suicide. Those advocating physician-assisted suicide differentiate it from euthanasia on the basis that the physician takes no active part in ending the patient's life but merely assists the patient to carry out what is now in Canada a legal act by providing information or medication. The

[Traduction]

programmes de soins palliatifs sont en péril, même ceux qui comptent sur des équipes solides. On a dit qu'une société qui fait preuve de compassion se mesure à la façon dont elle traite ses membres les plus fragiles. J'estime que les membres de notre société ont droit à des soins et à une protection ainsi qu'aux meilleurs soins palliatifs qui se puissent trouver.

Voilà qui me mène à ma troisième proposition. J'aimerais que les membres du Comité recommandent que les gouvernements, les personnes chargées de la planification des soins de santé et les soignants fassent de la création de réseaux exhaustifs de soins palliatifs aux Canadiens une question prioritaire.

Le quatrième point est l'euthanasie. Comme je l'ai mentionné au début, je me réfère à l'euthanasie volontaire active. L'euthanasie peut sembler une solution appropriée si on étudie cette possibilité cas par cas. Je soutiendrais, toutefois, comme l'a conclu la Chambre des Lords il y a de cela plusieurs mois après avoir effectué le même exercice, qu'au niveau de la société dans son ensemble, cette pratique est indésirable. La Chambre a commenté: «En ce qui a trait à la question de l'euthanasie, l'intérêt d'une personne ne peut être distinct de l'intérêt de la société dans son ensemble.» Je soutiendrais que pour que notre société fonctionne, une classe de personnes, les médecins, doivent respecter la loi, qui défend de tuer quelqu'un, peu importe le bien-fondé de cet acte. De plus, il faut comparer les avantages de permettre ce choix aux abus possibles que pourraient subir des membres de la société frêles, handicapés et économiquement désavantagés.

Dans le passé, la relation médecin-patient était fondée sur deux objectifs fondamentaux: le réconfort et la guérison. En ajoutant un troisième objectif, soit de tuer, on changerait, selon moi, fondamentalement la relation patient-famille. L'argument selon lequel le fait de tuer dans ce cas a pour but de réconforter sonne creux quand on n'a pas toujours offert de prodiguer de bons soins palliatifs, qui pourraient soulager la souffrance. Enfin, lorsqu'on a jugé approprié d'éliminer une personne dans le but de soulager sa souffrance, on laisse place aux vicissitudes du jugement d'une personne pour déterminer à quel moment cette solution est appropriée. Margo Somerville, directrice de l'Institut de Law, Ethics and Medicine de l'université McGill, dit que l'euthanasie devrait être différenciée d'autres actes ou omissions susceptibles de provoquer une mort prématurée en fonction non seulement son intensité, mais aussi du genre d'acte. On soutient qu'une personne franchit un grand pas lorsqu'elle entreprend de tuer quelqu'un de façon intentionnelle. Bien que la douleur et d'autres symptômes d'une affliction physique grave devraient être soulagés, il faut toujours chercher à éliminer la douleur ou d'autres symptômes, et non la personne souffrante.

Cela m'amène à la quatrième position que je presserais le comité d'adopter: un médecin ne devrait pas faire une intervention médicale qui provoquera intentionnellement la mort d'un patient.

Le cinquième point a trait au suicide assisté. Selon les personnes qui sont en faveur du suicide assisté par un médecin, la différence entre le suicide assisté et l'euthanasie est que, dans le cas d'un suicide assisté, le médecin ne participe pas activement à la mort d'un patient, mais qu'il aide seulement le patient à poser

[Texte]

purpose of such a distinction and raising it is to distance the physician from the consequences of his or her action bringing about death. I would like to agree with Latimer and McGregor, that such a distinction is fallacious in that the intention of the physician, both in euthanasia and assisted suicide, is the death of the patient.

That leads me to my fifth position: There is no significant moral or ethical difference between euthanasia and assisted suicide. As with euthanasia, assistance in suicide cannot be considered a supportable part of medical care.

My sixth area is legalization of euthanasia and assisted suicide. The House of Lords report in their press conference the day it was made public said:

Individual cases are not sufficient reason to weaken the prohibition of intentional killing which protects us all. If the law permitted euthanasia, elderly and vulnerable people would inevitably feel pressure, whether real or imagined, to request it.

I think they were thinking of the person in the nursing home when relatives have stopped visiting, when their sense of self-worth has diminished, when they worry whether the cost is too great on their loved ones, and "What is my life worth now anyway?" Furthermore, it would not be possible to set secure limits on the practice of euthanasia and assisted suicide. To quote the Lords again, "It would be next to impossible to ensure that all acts of euthanasia were voluntary and that any liberalization of the law was not abused."

That leads me to my sixth position: The current legal prohibition of physician assistance in active euthanasia and suicide should not be changed.

In closing I would like to urge the committee to take a stand similar to that recently adopted by the House of Lords against euthanasia and assisted suicide and in favour of universal access to competent palliative care. I do not by any means suggest that palliative care is a panacea. There is no simple answers to human suffering. I know of nothing that will make it all better throughout life and certainly not in dying. The palliative care option leaves us with the need to find individually tailored solutions that are carefully worked toward by a compassionate, trained physician and his or patients and their families. Society wants and sometimes legislates in favour of simple apparent solutions to complex problems. I can think of two examples where that has happened. Canada must surely opt for this more complex and, I would argue, more compassionate solution, rather than the alternative quick fix of euthanasia and assisted suicide.

Senator Lavoie-Roux: Dr. Mount, I want to take this occasion to underline the great work your palliative care unit at the Royal Victoria has done. It has acted as a leader in Quebec. I do not know if it has acted as a leader or an inspiration in other parts of Canada. In any case, I have just a few down-to-earth questions.

[Translation]

un geste maintenant légal au Canada en fournissant de l'information ou des médicaments. Le but d'une telle distinction est de permettre au médecin de se distancer des conséquences de son acte qui entraîne la mort. Je suis d'accord avec les propos de Latimer et de McGregor selon lesquels une telle distinction est trompeuse parce que l'intention du médecin, tant pour l'euthanasie que pour le suicide assisté, est de faire mourir le patient.

Cela m'amène à la cinquième position: il n'y a pas de différence importante sur le plan moral ou éthique entre l'euthanasie et le suicide assisté. Tout comme pour l'euthanasie, le suicide assisté ne peut être considéré comme un soin médical.

Mon sixième point est la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Au cours d'une conférence de presse où la Chambre des Lords a rendu public son rapport, on a mentionné:

Les cas isolés ne sont pas une raison suffisante pour atténuer la prohibition du meurtre intentionnel qui nous protège tous. Si la loi permettait l'euthanasie, les personnes âgées et les personnes vulnérables se sentiraient contraintes inévitablement, de façon réelle ou imaginée, d'en faire la requête.

Je crois qu'ils faisaient allusion aux personnes vivant dans des foyers de soins infirmiers qui ne reçoivent plus la visite de leurs parents, qui ont perdu toute estime d'eux-mêmes, qui s'inquiètent du fardeau qu'elles représentent pour les personnes qui leur sont chères et qui se demandent ce que vaut leur vie de toute façon. De plus, il serait impossible d'établir des limites sécuritaires pour la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté. Je citerai encore une fois la Chambre des Lords: «Il serait presque impossible de s'assurer que tous les actes d'euthanasie soient volontaires et d'empêcher tout abus de la libéralisation de la loi».

Cela m'amène à ma sixième position: il ne faudrait pas changer les dispositions législatives actuelles qui empêchent un médecin de pratiquer l'euthanasie active ou le suicide assisté.

Pour terminer, je suggérerais fortement au comité d'adopter une position semblable à celle de la Chambre des Lords contre l'euthanasie et le suicide assisté et en faveur de l'accès universel à des soins palliatifs appropriés. Je suis loin de laisser entendre que les soins palliatifs sont une panacée. Il n'y a pas de solution facile à la souffrance humaine. Je ne sais pas comment améliorer les choses durant la vie et certainement pas au moment de la mort. En optant pour les soins palliatifs, nous devons trouver des solutions adaptées à chaque cas qui sont soigneusement étudiées par un médecin compatissant et formé, ainsi que par son ou ses patients et leur famille. La société souhaite trouver des solutions apparemment simples à des problèmes complexes et parfois légifère dans ce sens. Deux exemples de ce genre me viennent à l'esprit. Le Canada doit assurément selon moi opter pour une solution plus complexe et plus compatissante plutôt que d'opter pour la solution facile de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le sénateur Lavoie-Roux: Docteur Mount, j'aimerais profiter de l'occasion pour souligner l'excellent travail de votre service de soins palliatifs au Royal Victoria. Votre service a servi de chef de file au Québec. Je ne sais pas s'il a servi de chef de file dans d'autres régions du Canada ou d'inspiration pour ces régions. De toute façon, je n'ai que quelques questions très terre-à-terre.

[Text]

You mentioned that you have patients who have AIDS, which we all know is very painful. Do you notice a difference in numbers in terms of the AIDS patients who may request euthanasia or assisted suicide, compared with the elderly who are in the terminal phase of a disease?

Dr. Mount: We do not have good data on that, senator. However, there are interesting data in that regard. Bernard Lapointe, who is a colleague on our program and an AIDS expert, comments meaningfully using European data that the request for euthanasia among AIDS patients — and I do not want to misquote him — varies with the availability of good care toward the end. The better the care, the less frequent the request.

Our experience is that AIDS patients who are given compassionate care tailored to meet them where they are — and not where some of us in society think they should be — with their particular context in place, with an appreciation of their values and life situations and with an attempt to accompany them where they are, rather than where the rest of us might be, show a low prevalence of requests for euthanasia.

I have a biased experience. Bernard Lapointe would be better able to comment meaningfully on that point. I think there is an enormous well of unmet suffering in HIV disease. It comes back to a point raised by Senator Keon earlier. Like every other arena of terminal care, we just do not know what is going on. We are just starting, and it is very exciting. I cannot tell you the changes there have been in the two decades since I started doing this work. We now can treat neuropathic pain.

The pain in HIV disease, AIDS, can be of a variety, but often is neuropathic pain. We can do so much more about that now than we could five years ago let alone 20 years ago, but there is much more to do.

Senator Lavoie-Roux: My other question relates to the question of pain. Many people have expressed the fact that we conduct further research into the control of pain. I am sure you are doing some research in that direction at McGill. Could you bring us up to date as to how much pain we can control? Perhaps we are at the end of our rope and we will not be able to get much further.

This brings me to one of the last sentences in your brief in which you said:

The palliative care option leaves us with the need to find individually tailored solutions that are carefully worked toward by a compassionate physician, his/her patients and their families.

When you talk about individually-tailored solutions, to what are you referring?

[Traduction]

Vous mentionnez que vous avez des patients atteints du sida, maladie qui, nous le savons tous, est très douloureuse. Avez-vous remarqué s'il y avait plus de patients souffrant du sida qui demandaient l'euthanasie ou le suicide assisté que de personnes âgées en phase terminale?

D^r Mount: Nous n'avons pas de bonnes données à ce sujet, Sénatrice. Toutefois, il existe des données intéressantes. Bernard Lapointe, qui est un collègue au sein de notre programme et un spécialiste du sida, a fait des commentaires pertinents en se fondant sur des statistiques européennes selon lesquelles le nombre de demandes d'euthanasie de la part de patients sidatiques — je ne voudrais pas me tromper — varie selon la disponibilité de soins appropriés jusqu'à la fin. Plus les soins sont bons, moins il y a de demandes.

Notre expérience nous démontre que les patients souffrant du sida qui reçoivent des soins attentionnés adaptés à leur évolution — et non pas à l'évolution de la société — en fonction du contexte particulier dans lequel ils se trouvent et d'une appréciation de leurs valeurs et de leur situation et qui sont accompagnés là où ils sont rendus, et non pas là où nous sommes rendus, sont peu nombreux à demander l'euthanasie.

Mon jugement n'est pas impartial. Bernard Lapointe serait mieux placé pour vous répondre sur ce point. Je crois que nous avons encore beaucoup à apprendre au sujet de la souffrance qu'occasionne le VIH. Cela reprend un point soulevé précédemment par le sénateur Keon. Comme dans tout autre secteur lié aux soins en phase terminale, nous n'avons pas idée de ce qui se passe. Nous venons tout juste de commencer, et c'est très excitant. Je ne peux pas vous dire à quel point les choses ont changé au cours des deux dernières décennies depuis que j'ai commencé à faire ce travail. Nous pouvons maintenant traiter la douleur associée à la neuropathie.

La douleur causée par le VIH, le sida, peut souvent être très variée, mais elle est souvent associée à la neuropathie. Nous pouvons en faire tellement plus maintenant qu'il y a cinq ans ou même 20 ans, mais il en reste encore beaucoup à faire.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mon autre question a trait à la douleur. Bien des gens ont exprimé le fait que nous devons faire davantage de recherches sur la maîtrise de la douleur. Je suis certaine que vous faites de la recherche dans cette direction à l'université McGill. Pouvez-vous actualiser nos connaissances sur le degré de douleur que nous pouvons maintenant maîtriser? Nous avons peut-être épuisé toutes nos ressources et nous ne pourrions progresser davantage.

Cela m'amène à l'une des dernières phrases de votre mémoire où vous avez dit:

En optant pour les soins palliatifs, nous devons trouver des solutions adaptées à chaque cas qui sont soigneusement étudiées par un médecin compatissant et formé, ainsi que par son ou ses patients et leur famille.

Qu'est-ce que vous entendez par solution adaptée à chaque cas?

[Texte]

Dr. Mount: Senator, in terms of the first question on pain control and our success rate in treating it, I will confine my remarks to the arena of cancer pain, in particular coming back to the point about paediatrics, which I might address later in another context. That is somewhat different.

In terms of mainly adult palliative care of the cancer patient for starters, it is important to note that a significant portion of cancer patients have no pain at all. This is something which is generally not recognized. It varies with the tumour. As many as one-third of cancer patients have no pain at all. That is something which is underrecognized.

About 85 per cent of patients with pain can have consistent pain control, with the majority of time taking medication by mouth. They can have consistent pain control leaving the patient alert, awake and with an unclouded sensorium.

What about the remaining 15 per cent? Where there are problems, they exist in three situations. There is neuropathic pain, where there is pain related to actual nerve damage. There is incident pain, where you have the general background of pain under control, but there are spikes of pain. If you try to optimize individually the opioid, the narcotic, the pain-killer dose, to the spike of pain, you would have the patient sedated in other than during this spike. The best antidote to narcotics, which used to be called opioids, is pain. If you individually optimize the dose, then the patient will be alert and awake and on the same drug dose as we now know in some patients for 15-18 years. To digress, addiction, as it was previously feared, is just not an issue.

Incident pain is where you have an unstable compression fracture of T-8, where you have a patient with multiple myeloma who is comfortable if they lie absolutely still, but who, if they move in bed, have a lot of pain.

The third issue is so-called total pain or anguish where it is the non-physical, psychosocial-spiritual issues which are lowering the pain threshold and the person is actually feeling more pain.

We could discuss each of these issues. However, what we now know to do about those is entirely different from what we knew ten years ago.

The need for a person to have pain as an issue has to fall into one of those three problem areas. We now are more successful in each of those areas. We still have needs to work on, but we are down to roughly two per cent of cancer patients with pain which is uncontrolled in a consecutive fashion. There can be new pain crises that need to be controlled. Generally, however, that should not be a major problem.

[Translation]

D^r Mount: Sénatrice, pour répondre à votre première question sur la maîtrise de la douleur et notre taux de réussite, je me limiterai à parler de la douleur associée au cancer, en particulier pour revenir sur le cas de la pédiatrie, que j'aborderai peut-être plus tard dans un autre contexte. C'est quelque peu différent.

D'abord, en ce qui concerne les soins palliatifs prodigués principalement aux adultes souffrant de cancer, il est important de noter qu'une grande proportion d'entre eux n'éprouvent pas de douleur. Ce fait n'est généralement pas reconnu. La douleur varie selon la tumeur. Le tiers des patients souffrant de cancer n'éprouvent pas de douleur. On ne souligne pas suffisamment ce fait.

Près de 85 p. 100 des patients qui ressentent de la douleur peuvent recevoir des soins pour maîtriser cette douleur, et la plupart du temps, ils prennent des médicaments oraux. Ces patients peuvent recevoir des médicaments qui leur permettent même de demeurer alertes, éveillés et sans être somnolents.

Pour ce qui est des 15 p. 100 qui restent, il y a trois situations qui peuvent causer des problèmes. Il y a la douleur associée à la neuropathie, lorsque le patient ressent une douleur liée à un trouble nerveux. Il y a la douleur par épisodes: dans ce cas-ci, la douleur est généralement maîtrisée, mais parfois le patient éprouve des poussées de douleur. Si on tente d'optimiser la dose individuelle d'opioïde, de narcotique ou de calmant pour éliminer les poussées de douleur, le patient se trouve sous l'influence de sédatifs entre les poussées de douleur. Le meilleur antidote aux narcotiques, qu'on appelait auparavant opioïdes, est la douleur. Si on optimise la dose individuellement, le patient demeure alerte et éveillé et prend la même dose de médicament. Comme nous le savons maintenant, certains patients prennent ce genre de médicaments depuis 15 ou 18 ans. Soit dit en passant, même si, auparavant, on craignait la dépendance, cette dernière n'est pas un problème.

La douleur par épisodes se produit par exemple lorsqu'un patient a une fracture par compression de la huitième vertèbre dorsale ou lorsqu'un patient qui souffre de myélome multiple est à l'aise lorsqu'il est couché sans bouger, mais qui, lorsqu'il bouge, souffre énormément.

Le troisième type de douleur est la douleur ou l'angoisse totales qui surviennent lorsque l'aspect non physique, psychosocial et spirituel réduit le seuil de tolérance d'une personne.

Nous pourrions discuter de chacune de ces questions. Toutefois, ce que nous savons maintenant à ce sujet est totalement différent de ce que nous savions dix ans auparavant.

La douleur que ressent une personne devient un problème lorsqu'elle fait partie de ces trois types de douleurs. Nous connaissons de plus en plus de succès dans ce domaine. Il y a encore du travail à faire, mais seulement environ 2 p. 100 des patients souffrant de cancer ressentent une douleur qui ne peut être maîtrisée de façon constante. Ils peuvent ressentir de nouvelles crises de douleur qui doivent être maîtrisées. Généralement, toutefois, cela ne devrait pas poser de problème majeur.

[Text]

Then the advocate would say, "Okay, but what about the two per cent in whom it is uncontrolled and you cannot bring it under control?" What if there is uncontrolled suffering in body, mind or spirit and the patient is not depressed as we heard about Doug Miller earlier, and that was not his issue for sure? His issue was a need to remain in control. That is a common human issue. We are not comfortable with being vulnerable. We are not comfortable with experiencing our own brokenness, our vulnerability. What was needed there, as Mrs. Miller so well pointed out, was something entirely different from what happened. What she said so eloquently was that the country let them down. I could not agree more.

We would differ as to the solution, but we have differing experiences. I agree with that conclusion.

Senator Lavoie-Roux: What do you mean when you say "individually-tailored solutions"?

Dr. Mount: Let me use the example that Mrs. Miller's very important story brought to my mind so pressingly. I do not think it would be appropriate to deal with her experience because I was not there. I should like to deal with an experience for which I was there.

I had a patient who was about 56-years old, a very dynamic French Canadian businessman with a brain tumour. It had affected his speech area and he had a complete expressive aphasia. He was totally unable to speak.

He had paralysis of half of his body; he was hemiplegic. He was suffering enormously. As with Doug Miller, this man was fiercely independent, loved life and liked to be in control. He was referred to our ward. He had bruises up and down his one good arm from flailing around trying to hit his caregivers. His level of anguish and frustration was beyond belief.

I have published this experience with this particular patient in an article that is about to come out called "When Palliative Care Does Not Control Suffering." This is a key issue that palliative care has not talked about enough and is pertinent to this debate.

We managed his medical issues. I radically increased the dose of steroids he was on. A few days later he regained his ability to speak. It would be simple, and in some sense obvious, to say that was due to the steroids. I am not entirely sure that it was in a simplistic way and that there were not some other mechanisms happening. It does not matter. What happened is that this man who was unable to speak could now speak. That was totally unexpected by any of us.

He had a very loving, close wife. They had a wonderful relationship. They had two adult children, a man and a woman in their 30s. They had a rich time. They brought in the favourite family food. They brought in wine and had meals and had times of sharing. This was a family who really knew how to use the service. Every Sunday they went to the concerts on the ward.

[Traduction]

On pourrait répliquer: «D'accord, mais qu'est-ce qui arrive pour les 2 p. 100 de personnes dont la douleur ne peut être maîtrisée?» Que se passe-t-il si la douleur physique, mentale ou spirituelle est incontrôlable, et le patient n'est pas dépressif comme dans le cas de Doug Miller que nous avons entendu précédemment? Il est certain que dans son cas, là n'était pas la question. Son problème était qu'il avait besoin de demeurer en contrôle. C'est tout à fait normal. Nous n'aimons pas nous sentir vulnérables. Nous ne voulons pas connaître notre fragilité, notre vulnérabilité. Ce qui était nécessaire dans son cas, comme M^{me} Miller l'a si bien mentionné, était totalement différent de ce qui s'est produit. Ce qu'elle a dit de façon si éloquente, c'est que le pays les a laissés tomber. Je suis tout à fait d'accord.

Nous n'opterions pas pour la même solution, mais nous avons vécu des expériences différentes. Je suis d'accord avec cette conclusion.

Le sénateur Lavoie-Roux: Qu'est-ce que vous voulez dire par solutions adaptées à chaque cas?

D^r Mount: Laissez-moi vous donner un exemple que l'histoire très importante de M^{me} Miller me rappelle. Je ne crois pas qu'il serait approprié de parler de son expérience parce que je n'étais pas là. J'aimerais parler d'une expérience que j'ai vécue.

Un de mes patients qui avait à peu près 56 ans était un homme d'affaires canadien français très dynamique qui avait une tumeur au cerveau qui a affecté sa zone de langage. Il souffrait d'une aphasie verbale complète. Il était totalement incapable de parler.

La moitié de son corps était paralysée; il était hémiparalysé. Il souffrait énormément. Comme Doug Miller, cet homme était très indépendant, aimait la vie et voulait se sentir en contrôle. Il a été placé sous notre tutelle. Il avait des ecchymoses partout sur son bras fonctionnel parce qu'il essayait de frapper les personnes qui le soignaient. Son niveau d'angoisse et de frustration était hors du commun.

J'ai rédigé un article relatant cette expérience qui est sur le point d'être publié et qui s'intitule: «When Palliative Care Does Not Control Suffering». C'est une question clé que les services de soins palliatifs n'ont pas suffisamment abordée et qui est pertinente à ce débat.

Nous avons géré ses problèmes médicaux. J'ai radicalement augmenté la dose de stéroïdes qu'il prenait. Quelques jours plus tard, il a recouvré l'usage de la parole. Il serait simple, même évident, de dire que cela est dû aux stéroïdes. Je ne suis pas tout à fait certain que c'était aussi simple que cela et qu'il n'y a pas eu d'autres mécanismes qui sont entrés en ligne de compte. Ce n'est pas important. Ce qui est arrivé, c'est que cet homme qui n'était pas capable de parler a recouvré l'usage de la parole. Aucun de nous ne s'attendait à ça.

Il avait une femme aimante et très proche de lui. Ils avaient une excellente relation. Ils avaient deux enfants adultes, un homme et une femme dans la trentaine. Ils ont vécu des temps précieux. Ils ont apporté leur nourriture favorite. Ils ont apporté du vin, prenaient des repas et vivaient des moments de partage. C'était une famille qui savait réellement comment utiliser le service que

[Texte]

They used all the resources of the service. He was with us for six weeks. We have a resource-rich team and this family used it fully.

In terms of physical, psychological, social and spiritual; physically it was a showcase of good palliative care. He had his physical symptoms under control. Psychologically, as Mrs. Miller has said, in this case as well, he was not depressed. That was my impression. I had our psychiatrist Jacques Boyer see him and he concurred that this man was not depressed. Socially, he had a loving, supporting, attentive family. Spiritually he had a strong Roman Catholic faith. It was all there.

He said to me, "This is intolerable. I can't begin to tell you, every moment is hell." This man was very independent. He said, "I can't take another moment of it." This man we really loved and we became very close. There were several of us on the team of different disciplines who felt like that and very close to him. I asked him, "If you had neuropathic pain and we could not control it, would you rather be asleep? If you say yes and are not depressed, we could sedate you to a point. Your problem is that it is not physical. But I take you as seriously in mind and spirit as I do in body. So one of the things I would like to ask you is, 'Would you rather be asleep and not experiencing the distress you are feeling now?'" He said, "That would be more humane." I said, "There were two ways to do that: Lower the steroid dose, which may in itself make you a lot sleepier, and we can also give you something to sedate you." And he said, "I would appreciate that."

We did both. The details of the medication changes, the continuation of back rubs, the availability of a caring team, the availability of people to be there and accompany his wife and family in this situation, is described in the article about to be published.

Within a very few days the man died with pneumonia and with very little dose adjustment. Was this euthanasia? Are we playing with terms here? Is a rose by any other name still a rose? I would say very definitely this has nothing to do with euthanasia, because the goal was not to end his life. The goal was to alleviate suffering. Even with high-risk cardiac surgery, if surgery is undertaken because of the benefit-risk ratio recognizing death may occur even here, there is a chance of shortening life, but that is secondary to the main goal which is alleviating suffering.

That is important for the family in thinking about the loss afterwards. It is important for the caregivers to have that clear. It is important for every nurse on our service who gives the last injection before a patient dies and who wonders if that killed the patient. As Cicely Saunders pointed out to me 20 years ago, the last nurse to give an injection always wonders if she has killed the

[Translation]

nous leur offrons. Chaque dimanche, ils allaient au concert qui était présenté dans le service. Ils ont utilisé toutes les ressources du service. Il a été parmi nous pendant six semaines. Nous avons une équipe pleine de ressources, et cette famille en a profité pleinement.

Quant à l'aspect physique, psychologique, social et spirituel, physiquement, les soins palliatifs ont très bien fonctionné. Les symptômes physiques de sa maladie étaient maîtrisés. Psychologiquement, comme M^{me} Miller l'a dit, dans ce cas-ci aussi, il n'était pas dépressif. C'était mon impression. Jacques Boyer, notre psychiatre, l'a examiné et a conclu qu'il n'était pas dépressif. Socialement, il avait l'amour, l'appui et l'attention de sa famille. Spirituellement, il croyait fortement en la religion catholique. Tout y était.

Il m'a dit, «C'est intolérable. Je ne peux pas vous dire à quel point je souffre». Cet homme était très indépendant. Il a dit, «Je ne peux endurer cette souffrance une minute de plus». Cet homme était très aimé, et nous sommes devenus très proches. Plusieurs membres de notre équipe spécialisés dans diverses disciplines ressentaient la même chose et étaient très proches de lui. Je lui ai demandé: «Si vous ressentiez une douleur associée à la neuropathie et que nous ne pouvions rien faire, préféreriez-vous être endormi? Si vous dites oui et n'êtes pas dépressif, nous pourrions vous donner des sédatifs jusqu'à un certain point. Votre problème n'est pas physique. Mais je prends votre pensée et votre esprit tout aussi au sérieux que votre corps. Alors, ce que je voulais vous demander, c'est si vous préféreriez être endormi et ne pas ressentir la douleur que vous éprouvez actuellement?» Il m'a répondu: «Ce serait plus humain.» Je lui ai dit: «Il existe deux moyens de le faire: réduire la dose de stéroïdes, ce qui pourrait vous rendre beaucoup plus somnolent, et vous donner un sédatif.» Et il a dit: «J'apprécierais.»

Nous avons fait les deux. Les détails des changements de médicaments, la poursuite des massages dorsaux, la disponibilité de l'équipe de soins et la disponibilité des gens qui étaient là et qui accompagnaient sa femme et sa famille sont décrits dans l'article que je suis sur le point de publier.

Quelques jours plus tard, l'homme est mort d'une pneumonie avec très peu de modifications de la dose de médicaments. Était-ce un cas d'euthanasie? Est-ce que nous jouons ici avec les mots? Est-ce qu'une rose appelée d'un autre nom est encore une rose? Je dirais de façon catégorique que cela n'a rien à voir avec l'euthanasie, parce que l'objectif n'était pas de le faire mourir. L'objectif était d'apaiser sa souffrance. Même dans le cas d'une chirurgie à coeur ouvert qui comporte des risques élevés, si une chirurgie est entreprise parce que c'est la meilleure solution malgré les risques que cela comporte, c'est-à-dire qu'il est possible que la personne meure, mais cela est secondaire à l'objectif principal qui est de soulager la douleur.

Il est important que la famille comprenne bien la perte qu'elle risque de subir. Il est important que cela soit bien clair dans l'esprit des pourvoyeurs de soins. C'est aussi important pour toutes les infirmières de notre service qui donnent la dernière injection avant qu'un patient ne meure et qui se demande si elle est la cause du décès du patient. Comme Cicely Saunders me l'a

[Text]

patient. The answer to that is clearly no. The disease killed the patient. What we were doing was controlling the symptoms.

That is an extreme example. Individually optimizing the care there meant accompanying that patient and family and understanding what they were experiencing and the particular type of suffering that this very independent individual had. That took a pathway of care that in the last 21 years I can count easily on one hand — I can count on two fingers, maybe one finger — the number of times that has happened. That is what I meant by "individualized."

Senator Perrault: Doctor, this has been a most interesting presentation and of real importance to the committee. You talked in terms of the 340 palliative care programs festooned across the country. You say that Quebec is an exception to the rule; that about a third of them have no physicians. Is there a special program under way in Quebec to train palliative care specialists and medical personnel?

Dr. Mount: An official program in training must await recognition of palliative medicine in Canada as a specialty. Forty physicians come through our program each year one way or another. That sounds terrific. By "come through", I mean they may be there for a week to as long as a year. At present there are two funded fellowship programs, one in Ottawa and one in Edmonton; formal residency programs. There are undergraduate education exercises now in most Canadian medical schools. We have had a committee involving all 16 Canadian medical schools looking at undergraduate education for some time.

Senator Perrault: That is good. With the aging population, surely there will be an increased need, coast to coast.

Dr. Mount: Absolutely.

Senator Perrault: Is there one area of special need for palliative care? Are rural areas somewhat behind?

Dr. Mount: I fully agree with Dr. Henteleff that rural areas are significant. There is a need in every hospital where patients are treated and where patients die, where there is not skilled, experienced palliative care. It is not only in rural areas. It is in every hospital. A teaching hospital close to us does not have a palliative care program.

Senator Perrault: All hospitals should have a unit?

Dr. Mount: Not all hospitals will need a unit, but a community will need a unit if a significant number of people die in that community. There will need to be trained resource people in every community or available to the population.

[Traduction]

fait remarquer il y a 20 ans, la dernière infirmière à donner une injection se demande toujours si elle a tué le patient. Il est clair que la réponse est non. La maladie a tué le patient. Notre travail est de maîtriser les symptômes.

Cet exemple est poussé à l'extrême. Optimiser les soins individuellement signifiait dans ce cas-ci accompagner le patient et sa famille et comprendre ce qu'ils vivaient et le type particulier de souffrance que ressentait cette personne très indépendante. Je peux compter sur les doigts de ma main le nombre de fois qu'il a fallu prodiguer une telle série de soins au cours des 21 dernières années — je pourrais même aller jusqu'à dire une fois ou deux seulement. C'est ce que je veux dire par adapté à chaque cas.

Le sénateur Perrault: Docteur, votre exposé a été très intéressant et très important pour le comité. Vous avez dit qu'il y avait 340 programmes de soins palliatifs dans tout le pays. Vous dites que le Québec est l'exception qui confirme la règle; que pour environ un tiers de ces programmes, il n'y a aucun médecin. Est-ce qu'il y a un programme spécial en cours au Québec pour former des spécialistes et du personnel médical en soins palliatifs?

D^r Mount: Un programme de formation officiel doit reconnaître la médecine palliative au Canada comme spécialité. Quarante médecins participent à notre programme chaque année d'une façon ou d'une autre. Cela semble formidable. Mais par participer, je veux dire qu'ils peuvent être là pour une semaine ou jusqu'à un an. À l'heure actuelle, il existe deux programmes de bourse de recherche, un à Ottawa et l'autre à Edmonton; ce sont des programmes de formation officielle en résidence. Il existe maintenant des exercices donnés au cours des études de premier cycle en médecine dans la plupart des facultés de médecine du Canada. Nous avons un comité auquel participent les 16 facultés de médecine du Canada qui étudie l'enseignement universitaire de premier cycle depuis quelque temps.

Le sénateur Perrault: C'est bien. Étant donné que la population vieillit, il y aura certainement une augmentation des besoins d'un bout à l'autre du pays.

D^r Mount: Absolument.

Le sénateur Perrault: Est-ce qu'il y a un domaine qui exige des soins palliatifs spéciaux? Est-ce que les régions rurales ont pris du recul?

D^r Mount: Je suis entièrement d'accord avec le D^r Henteleff que les régions rurales sont importantes. Il existe un besoin dans tous les hôpitaux où les patients sont traités, où les patients meurent et où il n'y a pas de personnel qualifié et ayant de l'expérience pour fournir des soins palliatifs. Ce n'est pas uniquement dans les régions rurales. C'est dans tous les hôpitaux. Un hôpital d'enseignement près de nous n'a pas de programme de soins palliatifs.

Le sénateur Perrault: Est-ce que tous les hôpitaux devraient avoir un service?

D^r Mount: Pas tous les hôpitaux en ont besoin, mais une collectivité aura besoin d'un tel service si un grand nombre de personnes meurent dans cette collectivité. Il sera nécessaire de former des personnes ressources dans toutes les collectivités ou pour toute la population.

[Texte]

Senator Perrault: Yes, some facility.

Dr. Mount: Yes. Quebec handles the funding mechanism differently. The problem in most provinces, including Ontario, is that you cannot make a living doing palliative care because of the nature of the medical acts on a medical-act basis. There just are not enough acts of the kind that are remunerated.

Quebec instituted a *salaire fixe* or vocation — it comes under a variety of disguises. It is a way of putting physicians on salary to do palliative care. None of us get rich doing it, but we make a good living and it is possible to make a living. We make a lot less. I make a lot less than had I still been a urologic surgeon. I am not knocking urology; I am simply saying that we have to be worried about the health care budget. Putting physicians in this field will not increase the cost to us as taxpayers. That is what I am trying to say.

Senator Keon: I am sorry that I missed your presentation.

We had an interesting witness earlier who was an anaesthetist. We were given a good presentation by that witness. He came down to a bottom line and said that euthanasia is an ethical act. I questioned him on this and he said, "Yes." He felt that euthanasia was an ethical act. In your brief, you do not directly address the ethics of this but you make a clear statement that it cannot be considered a support of or part of medical care. You also make a case for not legalizing it. In your opinion is it an ethical act?

Dr. Mount: In my preamble I commented that in a pluralistic society we need to be careful — I am sure you agree — in imposing personal values on those of us who hold different values.

Over the past 12 years I have had the privilege of working with Marcel, a dear colleague whom I have tremendous respect for, who is a physician in our program who supports euthanasia. To comment on the fact that I think it is unethical would be saying that Marcel is unethical. That would be inconceivable for me. Instead, the question that the committee and our nation faces does not involve an intellectual ethicist's solution, it involves the question of how to treat, at the bedside, a specific clinical situation with a given patient and family. There are solutions infinitely better.

The case I described at such extensive length — and I apologize for that — would be an example of an extreme where we were pushed and where I would argue that there was a better solution for everyone involved. On a national level, we have the issue that the House of Lords decided upon.

When we are looking at national policy and legislative change, you are into autonomy of the individual versus the rights of society. I fear that. I have seen the frailty of sense of self worth of the vulnerable. The availability of euthanasia as an option will

[Translation]

Le sénateur Perrault: Oui, un établissement quelconque.

D^r Mount: Oui. Québec s'occupe du financement différemment. Le problème dans la plupart des provinces, y compris l'Ontario, est qu'il n'est pas possible de gagner sa vie convenablement en se spécialisant dans le domaine des soins palliatifs en raison de la nature des consultations médicales étant donné la rémunération à l'acte. Il n'y a pas suffisamment de consultations de ce genre qui sont rémunérées.

Québec a créé un salaire fixe qui se présente sous diverses formes. C'est un moyen de payer un salaire aux médecins pour qu'ils se spécialisent en soins palliatifs. Nous ne devenons pas riches à faire cela, mais nous gagnons bien notre vie, et il est possible de bien vivre. Nous gagnons beaucoup moins. Je gagne beaucoup moins que si j'étais encore un chirurgien-urologue. Je n'ai rien contre l'urologie; je dis simplement que nous devons nous soucier du budget de la santé. Placer des médecins dans ce domaine ne fera pas augmenter les coûts que devront payer les contribuables. C'est ce que j'essaie de dire.

Le sénateur Keon: Je suis désolé d'avoir raté votre exposé.

Nous avons reçu un témoin plus tôt qui était un anesthésiste. Il nous a donné un bon exposé. Il en est venu à la conclusion que l'euthanasie est un acte d'ordre éthique. Je lui ai posé la question et il a répondu, «Oui». Selon lui, l'euthanasie est un acte d'ordre éthique. Dans votre mémoire, vous ne parlez pas explicitement de l'éthique à ce sujet, mais il est clair que vous ne considérez pas l'euthanasie comme un soutien aux soins médicaux ou comme faisant partie de ces soins. Vous n'êtes pas non plus en faveur de sa légalisation. Selon vous, est-ce un acte d'ordre éthique?

D^r Mount: Dans mon préambule, j'ai mentionné que, dans une société pluraliste, nous devons faire attention — vous serez sûrement du même avis — d'imposer des valeurs personnelles à ceux qui ont des valeurs différentes.

Au cours des 12 dernières années, j'ai eu le privilège de travailler avec Marcel, un très cher confrère pour lequel j'ai énormément de respect, qui est médecin dans notre programme et est en faveur de l'euthanasie. En disant que je pense que l'euthanasie n'est pas d'ordre éthique, je dirais que Marcel est immoral. Pour moi, c'est inconcevable. Je dirai plutôt que le problème auquel fait face le comité et notre nation ne sera pas résolu par un éthicien intellectuel. La question est de savoir comment aborder une situation clinique particulière dans le cas d'un patient donné et de sa famille. Il y a des solutions infiniment meilleures.

Le cas que j'ai décrit si longuement — et je m'en excuse — est un exemple d'un cas extrême dans lequel nous avons été entraînés et qui comportait certainement une meilleure solution pour tous les gens concernés. Au niveau national, nous avons la décision que la Chambre des Lords a pris à ce sujet.

Lorsqu'on examine une politique nationale et des modifications législatives, on met en jeu l'autonomie d'une personne par rapport aux droits de la société. C'est ce que je crains. J'ai été témoin de la fragilité de la valeur qu'une personne vulnérable accorde à sa

[Text]

raise for them the question of whether or not it is better for them to end their lives now.

I try to avoid a personal judgment about ethics and what I personally feel, but in terms of looking at the nation, I would frame it in those terms.

Senator Cools: I should like to thank the doctor for a thoughtful and sensitive presentation. I am reassured at what I am hearing.

I feel enormous distress when I open up the newspapers and see that national polls show approximately 70 per cent of Canadians are ready to support doctor-assisted suicide.

We are dealing in areas of enormous, incalculable human suffering. I should like to comment a bit on that.

The Chairman: Senator Cools, please keep it very brief. I should like a question, please.

Senator Cools: I shall. I was born in a Third World country in the West Indies. My uncle was the first Minister of Health when the saga reached the stage where it would have a cabinet government. My uncle, along with the public health doctors, reduced child mortality within one year by approximately 65 per cent. That goes to show you the enormous strides that can be made when human compassion and motivation are invoked.

I read your brief before I got here today and I listened to you intently. You keep making references to the mind, body and spirit, and to the total will of a human being.

Could you amplify for me on the spirit, doctor?

Dr. Mount: In thirty words or less?

We are indebted to René Descartes for many things; Cartesian dualism is one. To escape the control of the church, Descartes focused our attention 300 years ago on the pathophysiology of disease and on disease processes. We have done very well focused on the physical. Medical science has been remarkable in its progress. It was not until the turn of this century that issues of the mind became kosher, thanks to Freud, Adler, Jung and others.

The problem before us is that our certainty and tools and our language in dealing with issues of the physical and pathophysiology are clear. We come to issues of the mind and issues of psychodynamics, and our language is much less clear. Our diagnoses are less clear and our treatment care plans are less evolved. We come to the issues of the spirit, whatever in the world that is, and we do not even have a language to talk about it that does not stumble on differences of religious belief and system.

I would come down to saying that, as nearly as we know, since the beginning of time, persons have felt themselves to be something more than body and mind. That "something more" is spirit.

[Traduction]

vie. Si l'euthanasie devient un choix possible, les patients se demanderont s'il serait préférable de mettre fin à leurs jours maintenant.

J'essaie d'éviter de donner un jugement personnel au sujet de l'éthique et ce que je pense personnellement, mais pour la nation j'en parlerais dans ces termes.

Le sénateur Cools: J'aimerais vous remercier, docteur, de nous avoir présenté un exposé réfléchi et sensible. Je suis rassurée par ce que je viens d'entendre.

Je me sens bouleversée lorsque je lis dans les journaux que les sondages nationaux indiquent qu'environ 70 p. 100 des Canadiens sont prêts à appuyer le suicide assisté par un médecin.

Nous parlons ici d'une souffrance humaine énorme et incalculable. J'aimerais apporter quelques commentaires à ce sujet.

La présidente: Sénatrice Cools, veuillez être brève. Veuillez poser une question.

Le sénateur Cools: Je serai brève. Je suis née dans les Antilles dans un pays du Tiers-monde. Mon oncle était le premier ministre de la santé lorsqu'un gouvernement de cabinet a été formé. Mon oncle, avec l'aide d'un médecin de la santé publique, a réduit la mortalité infantile en l'espace d'un an de près de 65 p. 100. Cela montre comment il est possible de faire d'énormes progrès lorsqu'on use de compassion et de motivation.

J'ai lu votre mémoire avant de venir ici aujourd'hui et je vous ai écouté attentivement. Vous faites constamment référence à l'aspect psychologique, au corps et à l'esprit, ainsi qu'à la volonté totale d'un être humain.

Docteur, pourriez-vous élaborer un peu plus sur l'esprit?

D^r Mount: En moins de trente mots?

Nous devons bien des choses à René Descartes; le dualisme cartésien en est une. Pour échapper à l'emprise de l'Église, Descartes a attiré notre attention, il y a de cela 300 ans, sur la physiopathologie d'une maladie et sur les processus pathologiques. Nous nous débrouillons plus que très bien sur le plan physique. La médecine a fait des progrès remarquables. Ce n'est qu'au début de ce siècle que les questions sur l'aspect psychologique sont devenues acceptées, grâce à Freud, à Adler, à Jung et à d'autres.

Le problème qui se pose est que notre certitude, nos outils et notre langage pour faire face aux questions physiques et physiopathologiques sont claires. Lorsque nous abordons des questions de raison et de psychodynamique, notre langage est beaucoup moins clair. Nos diagnostics sont moins clairs, et nos traitements, moins évolués. Nous abordons les questions de l'esprit, peu importe ce que cela peut être, et nous ne savons même pas comment en parler sans soulever nos différences de religion et de système.

Je pourrais en venir à dire qu'à ce que nous sachions, depuis que le monde est monde, les êtres humains ont senti qu'il y avait plus que le physique et le psychologique. Ce quelque chose de plus est l'esprit.

[Texte]

The *Oxford English Dictionary* defines spirit as the intangible, that "something more". My source person in this area, in a secular way, would be Viktor Frankl and his remarkable book, *Man's Search for Meaning*. I asked him how long it took him to write it. Frankl said he wrote it in eight days after getting out of Auschwitz. I think it should be required reading for the committee. I think it should be required reading for all of us.

Frankl says the last of human freedoms, when all other freedoms have been taken away from us, is our ability to choose our response in a given set of circumstances. That was out of a tough school. That was out of Auschwitz. He talks about "quality of life". For any of us, what is quality of life? He says quality of life has to do with having a deepened context of personal meaning. The remarkable thing is that that can be found at any time up until the moment we die.

I do not have the foggiest idea what it means for a person to be dying. You are either 100 per cent alive or 100 per cent dead. If you are alive, as Viktor Frankl pointed out, you can find a deepened context of meaning. Therefore, I think the spirit has to do with meaning, values, purpose, with the ability to celebrate life. It is different for all of us and it is experienced. It is experienced, not proven.

The Chairman: Unfortunately, we are under time constraints, but that was a delightful and marvellous way to end, Dr. Mount. We thank you very much.

Senator Cools: Can I piggy-back a tiny question?

You have obviously had enormous experience in this field. You have obviously also developed enormous mental responses, intellectual responses to some of these issues.

I have done a lot of counselling of people in my own personal work as a social worker. We are living in an era where one cannot say to another human being, "My dear, it is not a medication that you need. Here is Viktor Frankl.", or something else. I will give you an example.

I had some pretty major spinal surgery a couple of years ago. I live with a lot of pain. After the surgery, I happened to be in the room right next door to one of the victims in that terrible military helicopter crash. You may remember it, a few years ago.

I watched this family for three days. They did not know if he would live. They did not know what would happen. Just enormous anguish. I would get up off my bed and go in to comfort them and to talk to them. They wanted a priest. They were Anglicans and they wanted a priest. This sounds so enormous. Basically one had to — because they were new to the city and had flown in from wherever they were. It seems to me to be such a simple thing to have assisted them with, but yet it took several days before anybody realized that they wanted a priest.

[Translation]

Le *Oxford English Dictionary* définit le mot esprit comme ce qui est intangible, ce petit quelque chose de plus. Ma référence dans ce domaine, d'un oeil de profane, serait Viktor Frankl et son livre remarquable, *Man's Search for Meaning*. Je lui ai demandé combien de temps il avait mis pour écrire ce livre. Frankl m'a répondu qu'il l'a écrit en huit jours après être sorti d'Auschwitz. Je crois que le comité devrait être tenu de lire ce livre. Je crois que tout le monde devrait lire ce livre.

Frankl dit que la dernière des libertés humaines, lorsque toutes les autres libertés nous ont été enlevées, est notre capacité de choisir notre réaction dans des circonstances données. Il a appris à la dure école. À Auschwitz. Il parle de la qualité de la vie. Pour chacun d'entre nous, qu'est-ce que la qualité de la vie? Il dit que la qualité de la vie dépend de la profondeur de notre signification personnelle. Ce qui est remarquable, c'est qu'on peut y arriver à n'importe quel temps, jusqu'au moment de notre mort.

Je n'ai pas la moindre idée de ce signifie la mort pour une personne qui est en train de mourir. Nous sommes soit 100 p. 100 en vie soit 100 p. 100 morts. Si on est en vie, comme Viktor Frankl le fait remarquer, il est possible de trouver une profonde signification. Donc, je crois que l'esprit dépend de la signification, des valeurs et du but qu'on donne à sa vie, ainsi que de la capacité de célébrer la vie. C'est différent pour chacun d'entre nous, et c'est quelque chose que l'on ressent. C'est quelque chose que l'on ressent, il n'y a pas de preuve tangible.

Le présidente: Malheureusement, nous sommes limités par le temps, mais c'était une façon charmante et merveilleuse de terminer, docteur. Nous vous remercions beaucoup.

Le sénateur Cools: Est-ce que je peux poser une toute petite question?

Vous avez de toute évidence beaucoup d'expérience dans ce domaine. Vous avez aussi de toute évidence trouvé des réponses importantes à certaines de ces questions aux niveaux mental et intellectuel.

J'ai fait beaucoup de counseling lorsque j'étais travailleuse sociale. Nous vivons à une époque où une personne ne peut pas répondre à une autre, «Mon cher, ce n'est pas un médicament dont vous besoin. Voici Viktor Frankl», ou quelque chose d'autre. Je vais donner un exemple.

J'ai subi une importante intervention chirurgicale à la colonne vertébrale il y a quelques années. Je ressens toujours beaucoup de douleur. Après l'intervention, ma chambre se trouvait à côté de l'une des victimes de ce terrible accident d'un hélicoptère militaire. Vous vous en souvenez peut-être; il y a quelques années.

J'ai observé cette famille pendant trois jours. Les proches de la victime ne savaient pas si elle allait vivre. Ils ne savaient ce qui allait se produire. Ils vivaient une angoisse énorme. Je me levais de mon lit et j'allais les reconforter et leur parler. Ils voulaient un prêtre. Ils étaient anglicans, et voulaient un prêtre. Ça semblait si important. Eh bien, un des membres a dû — parce qu'ils ne connaissaient pas la ville, et étaient venus en avion d'où ils venaient. Cela me semblait si simple de les aider, pourtant, plusieurs jours ont passé avant que quelqu'un ne réalise qu'ils voulaient un prêtre.

[Text]

I just put that out to you because, sooner or later, in some of these discussions, we will have to cross the thresholds of these very, very important questions.

Dr. Mount: I think what you touch on is the fact that people experiencing illness, like the rest of us who happen to be well, need something more than simply the physical. We need to have the dimensions of purpose and meaning and values addressed as well. I think that is very valuable insight. Certainly that has been our experience.

If that is the case, then as Canadians we need to ask the corollary question to that. What is the implication then for health professional training? What is the relevance of Martin Buber and his observation that most of our relatings are "I-it" relatings, and he advocates what he calls "I-thou" relatings?

How do you get that into health care? I think you are onto an extremely important issue that comes down to how can we redress the balance in medical care? Thank you for that thought.

Senator Cools: Thank you for saying those things.
The committee adjourned.

[Traduction]

Je voulais aborder la question parce que, tôt ou tard, dans certaines de ces discussions, nous devrons aborder ces questions très, très importantes.

D^r Mount: Je crois que ce que vous soulevez est le fait que les personnes malades, tout comme le reste d'entre nous qui sommes en santé, ont besoin de quelque chose de plus qu'un appui physique. Nous avons besoin aussi d'un but, d'une signification et de valeurs. Je crois que c'est un commentaire très important. C'est certainement ce que nous avons vécu.

Si c'est le cas, alors en tant que Canadiens, nous devons nous poser la question corollaire. Quelle est donc l'importance de la formation professionnelle dans le domaine de la santé? Quelle est la pertinence de Martin Buber et de son observation selon laquelle la plupart de nos relations sont impersonnelles, mais devraient être personnelles?

Comment peut-on en tenir compte dans les soins de santé? Je crois que vous soulevez là une question extrêmement importante qui se résume à savoir comment nous pouvons établir l'équilibre dans les soins médicaux. Je vous remercie de cette pensée.

Le sénateur Cools: Merci à vous.
Le comité suspend ses travaux.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Palliative Care Association

Dr. Paul Henteleff

Ms Fay Struthers

Mrs. Louise Normandin-Miller

From the Royal Victoria Hospital

Dr. Balfour Mount

De l'Association canadienne des soins palliatifs

D^r. Paul Henteleff

M^{me} Fay Struthers

M^{me} Louise Normandin-Miller

De l'Hôpital Royal Victoria

D^r. Balfour Mount



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, May 18, 1994

Le mercredi 18 mai 1994

Issue No. 6

Fascicule n° 6

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Lavoie-Roux
DeWare	* Lynch-Staunton
* Fairbairn (or Molgat)	(or Berntson)
Gigantès	Neiman
Keon	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Change in Membership of the Committee

Pursuant to Rule 86(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Gigantès substituted for that of the Honourable Senator Cools. (May 17, 1994)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Lavoie-Roux
DeWare	* Lynch-Staunton
* Fairbairn (ou Molgat)	(ou Berntson)
Gigantès	Neiman
Keon	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 86(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Gigantès est substitué à celui de l'honorable sénateur Cools. (le 17 mai 1994)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 18, 1994
(10)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1:35 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux and Neiman.(6).

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

WITNESSES:

From the McGill University, Faculty of Law:

Margaret Sommerville.

From the Canadian Cancer Society:

Dr. Margaret Scott.

From the University of Manitoba, Faculty of Law:

Barney Sneiderman.

From the Royal Victoria Hospital:

Dr. Marcel Boisvert.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 5:55 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

*Le greffier du comité,
Gary Levy
Clerk of the Committee*

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 18 mai 1994
(10)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 13 h 35, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (6)

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Mollie Dunsmuir.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

TÉMOINS:

De la faculté de Droit de l'Université McGill:

Margaret Sommerville.

De la Société canadienne du cancer:

D^r Margaret Scott.

De la faculté de Droit de l'Université du Manitoba:

Barney Sneiderman.

De l'hôpital Royal Victoria:

D^r Marcel Boisvert.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences dans le cadre de l'étude de l'euthanasie et du suicide assisté.

Les témoins font chacun un exposé, puis répondent aux questions.

À 17 h 55, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 18, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1:30 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, ladies and gentlemen, I apologize for our late start today and for keeping our witnesses waiting.

We are very pleased to welcome our witnesses to this committee this afternoon, and we look forward to hearing what they have to say.

Our first witness is Dr. Margaret Somerville, who is the Director of McGill University Centre for Medicine, Ethics and Law, who has commented widely on legal, medical and ethical issues. I think she happens to be a favourite with the CBC, because frequently I seem to be hearing her remarks, one way or another. I always listen to them with great interest and attention.

I happened to catch part of the speech you made to the physicians and faculty at Princess Margaret Hospital, Dr. Somerville. I found it extremely interesting. We have made a tape of it for all our members.

Dr. Margaret Somerville, Director, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law: Thank you very much, senator. It is a pleasure to be here.

Madam Chairman, I understand I have about 15 minutes maximum to address my remarks to the committee, after which you will ask questions.

The Chairman: You can speak longer than that if you wish. We are fairly flexible about that. We would like to hear whatever you think is important for us to hear.

Ms Somerville: I have worked on the issue of euthanasia for some time. I probably started off looking at it from the perspective that most people do, which is: Is it right? Is it wrong? Is it good or, at least, do its benefits outweigh its harms, or do its harms outweigh its benefits?

I think most of us, when we do that, start from a very particular and individual perspective, as was epitomized in the case of Sue Rodriguez. In that case, the thinking was in terms of what should we do for Sue Rodriguez and how could we handle her situation?

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 18 mai 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui conformément à son ordre de renvoi, qui l'amène à faire l'examen et à rendre compte des questions juridiques, sociales et éthiques ayant trait à l'euthanasie et au suicide assisté.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, mesdames et messieurs, je vous prie de m'excuser de commencer en retard aujourd'hui et d'avoir fait attendre nos témoins.

C'est avec grand plaisir que nous souhaitons la bienvenue devant notre comité à nos témoins de cet après-midi et nous sommes très impatients de les entendre.

Notre premier témoin est le docteur Margaret Somerville, directrice du Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill, qui a beaucoup parlé des questions ayant trait au droit, à la médecine et à l'éthique. J'ai l'impression qu'elle est tenue en haute estime par Radio-Canada, car je l'ai souvent entendue intervenir sur les ondes, dans un sens ou dans un autre. Je l'écoute toujours avec beaucoup d'attention et avec un grand intérêt.

Il se trouve que j'ai entendu en partie le discours que vous avez prononcé, docteur Somerville, devant les médecins et les professeurs de l'hôpital Princess Margaret. Je l'ai trouvé extrêmement intéressant. Je l'ai enregistré à l'intention de tous les membres de notre comité.

Le docteur Margaret Somerville, directrice du Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill: Merci beaucoup, madame le sénateur. C'est un plaisir pour moi d'être ici.

Si je comprends bien, madame la présidente, je dispose d'une quinzaine de minutes au maximum pour faire mon intervention devant le comité, après quoi vous allez me poser des questions.

La présidente: Vous pouvez parler plus longtemps si vous le désirez. Nous ne sommes pas trop stricts à ce sujet. Nous voulons entendre tout ce que vous avez d'important à nous dire.

Mme Somerville: Je m'intéresse depuis un certain temps au problème de l'euthanasie. Je crois que je suis partie au départ de la question que tout le monde se pose: est-ce bien? Est-ce mal? Est-ce une bonne chose, tout au moins, est-ce que les avantages en sont supérieurs aux inconvénients, ou est-ce le contraire?

Je crois que pour la plupart, lorsque nous procédons ainsi, nous partons d'un point de vue très particulier et individuel, comme l'a bien mis en relief l'affaire Sue Rodriguez. Dans cette affaire, la question que l'on se posait consistait à se demander ce que nous pourrions faire pour Sue Rodriguez et de quelle façon nous pouvions tenir compte de sa situation.

[Texte]

As I have continued to work in this field, I have found that it is a strange sort of situation. My view is that there are many issues involved in euthanasia other than what we do for someone like Sue Rodriguez. That is just one of the issues.

I suppose the metaphor I would use to describe how I now see the situation is that an individual case of whether or not we should give someone a lethal injection is actually like a stone thrown into a pond. The pond is our whole society. I think we are only just starting to recognize that, in engaging in this euthanasia debate, we are engaging in determining what the ripples will be right throughout our whole society in very many ways.

I think the only way we can handle the situation is to try to make a framework, or what I have called a questioning framework in the few notes that I have presented to you today. That phrase is meant to have a double entendre. It is meant to mean that we need a framework of questions that will put us in touch with all of the realities that we need to be in touch with in terms of this issue. I refer to the factual realities, the scientific realities, the emotional realities, the societal and individual ones, and what I call space for spirit, which does not necessarily have anything to do with religion, or with any sort of belief in religion.

The way we can go about that is to ask very carefully constructed questions and to try to give very carefully delineated answers to those questions, recognizing that those answers will neither be comprehensive nor necessarily permanent, but that they are the best we can do at this time. Once we realize how complex this debate is, it would be surprising if we could give simple, easy, permanent answers to many of the questions.

I have 15 questions that I have suggested as a start. I have reduced this number from a previous set of 21. I would like to go through the questions briefly and tell you what they are, and suggest some of the answers to them that I am thinking about.

The first one, which seems obvious, is: What is euthanasia? In fact, the answer is quite complex. The reason is that both sides of the euthanasia debate have sought a very broad definition of euthanasia. The pro-choice side argues that everything is euthanasia, therefore if you allow one of these things you should allow all of them. For instance, they would argue that refusal of treatment, withdrawal of life support treatment, and pain relief treatment that could shorten life but which is reasonably necessary to relieve pain, is euthanasia. Once you agree with those, then you have agreed with euthanasia, and that is the end of the matter.

On the other side you have people who agree that it is all euthanasia, but they say all of that should be prohibited. With respect, I think both parties are wrong. I think that the correct

[Translation]

Après avoir continué à oeuvrer dans le domaine, j'ai pu constater qu'il y avait là une étrange situation. De mon point de vue, l'euthanasie soulève bien d'autres problèmes que celui qui consiste à se demander ce que nous pouvons faire pour quelqu'un comme Sue Rodriguez. Il ne s'agit là que de l'un des enjeux.

La métaphore que j'utiliserais pour décrire la façon dont je considère aujourd'hui cette situation, lorsqu'il s'agit de se demander dans tel ou tel cas particulier s'il nous faut administrer une injection mortelle, est celle de la pierre qu'on jette dans la mare. La mare, c'est notre société. Je crois qu'on vient tout juste de s'apercevoir, alors que nous sommes engagés dans ce débat sur l'euthanasie, qu'il nous faut en fait déterminer quels vont être les effets, à bien des égards, de toutes les ondes concentriques qui se répandent dans l'ensemble de la société.

Je considère que la seule façon de tenir compte de la situation est d'essayer d'élaborer un cadre, ce que j'ai appelé un cadre de remise en question, dans les quelques notes que je vous ai remises aujourd'hui. Cette expression a un sens qui est double. Elle signifie aussi qu'il nous faut fixer un cadre dans lequel nous allons poser un certain nombre de questions visant à nous permettre de rester en contact avec les réalités importantes en la matière. Je parle des réalités effectives, des réalités scientifiques, des réalités affectives, de celles qui ont trait à la société et aux individus, ce que je qualifie d'espace pour l'esprit, ce qui n'a pas nécessairement quelque chose à voir avec la religion ou avec une croyance quelconque.

Une autre façon de procéder consiste à poser avec beaucoup de précaution des questions très réfléchies et d'essayer d'y répondre là encore avec beaucoup de précaution en sachant bien que ces réponses ne seront pas exhaustives ni nécessairement permanentes mais que ce sont les meilleures que l'on puisse donner au moment considéré. Une fois que l'on aura reconnu toute la complexité de ce débat, il serait étonnant que l'on puisse donner des réponses simples, faciles et permanentes à nombre de ces questions.

J'avais arrêté au départ 21 questions, que j'ai ramenées à 15. Je vais les passer rapidement en revue avec vous pour vous dire en quoi elles consistent et vous proposer certains éléments de réponse qui me sont venus à l'esprit.

La première question, qui paraît tomber sous le sens, est la suivante: qu'est-ce que l'euthanasie? En fait, la réponse à cette question est très complexe. Cela s'explique par le fait que dans le débat sur l'euthanasie, les deux camps se sont efforcés d'en donner une définition très large. Le camp des pro-choix soutient que tout est de l'euthanasie et qu'à partir du moment où l'on autorise telle action, on doit les autoriser toutes. C'est ainsi qu'ils soutiennent que le refus de traitement, la suppression du traitement permettant de maintenir le malade en vie ainsi que les traitements soulageant la douleur qui sont susceptibles de raccourcir la vie mais qui sont raisonnablement nécessaires pour soulager le malade, sont de l'euthanasie. Une fois que vous êtes d'accord pour faire ce genre de chose, vous êtes pour l'euthanasie, il n'y a pas à chercher plus loin.

Dans l'autre camp, les gens considèrent qu'il s'agit là encore d'euthanasie, mais que toutes ces choses doivent être interdites. Je regrette, mais les deux camps ont tort à mon avis. Je considère

[Text]

position is somewhere in the middle, which is very much harder to define.

In order to try to get to that position and to treat it accurately, we have first to define what we are talking about when we talk about euthanasia. We need a clear definition. In my view, the definition should exclude reasonably necessary treatment for relief of pain or other symptoms of serious distress, even if those could shorten life, if they are reasonably necessary to relieve such symptoms. Refusals of treatment should be excluded, whether they are made in advance or at the time by a competent person.

What I suggest next is more controversial, because the definition of "futile" is very value-laden. However, non-provision of futile treatment should not be regarded as euthanasia. If you look at, for instance, some of the referenda that have taken place, you can find it documented that people have had two problems in deciding on euthanasia. First, they have had a problem in knowing what they are dealing with. If you ask members of the general public, "Do you agree with euthanasia?" and they think it means that you can refuse artificial life support, then they will say, "Yes".

Bill 119 in Washington State was a good example of this. They put in the one question: Do you agree with rights to refuse treatment, rights to adequate pain relief treatment and a right to have a physician-assisted suicide? One had to decide whether to vote for all those things or against all of them. I think that is a grave mistake.

Euthanasia should be defined narrowly. Recently, I have been inclined to take a specific example and ask people to discuss that, which is: Do you agree that physicians ought to be able to give lethal injections to people? There is no confusion as to what you are talking about if such a question is asked.

I believe treating all decisions at the end of life as being of the same nature is conceptually wrong from both ethical and legal standpoints. I think it creates confusion, especially for the general public. In particular, I think we should be very careful to say that provision of adequate pain relief treatment is not euthanasia. If we can assuage the fears of people that they will be left in pain, then a lot of people will not promote euthanasia. They mainly want it because they are terrified that they will be left in unbearable pain.

There is also an issue about there being any difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. Ethically and legally there is not, provided in either case the act is justified. Again, to some extent, whether it is justified is a value judgment. However — and I think we need to acknowledge this — withdrawing treatment can feel different from withholding treatment for the health care professionals involved.

[Traduction]

que pour être dans le vrai, il faut adopter une position intermédiaire, qui est bien plus difficile à définir.

Pour essayer de s'en tenir à cette position et de considérer les choses avec exactitude, il nous faut tout d'abord définir ce que nous attendons par euthanasie. Il nous faut une définition claire. À mon avis, cette définition ne doit pas englober les traitements qui sont raisonnablement indispensables pour soulager la douleur ou d'autres symptômes témoignant d'un état grave, même si ces traitements doivent raccourcir la vie du malade, à partir du moment où ils s'imposent raisonnablement pour alléger ces symptômes. Elle ne doit pas englober le refus de traitement, qu'il soit opposé à l'avance ou au moment considéré par une personne lucide.

Ce que je propose ensuite est plus controversé, parce que la définition du terme «inutile» fait appel à un jugement de valeur. Il ne faut pas toutefois considérer comme de l'euthanasie le fait de ne pas dispenser un traitement inutile. Si vous considérez, par exemple, certains référendums qui ont été organisés à ce sujet, vous allez constater que la population émet deux sortes de réserves au sujet de l'euthanasie. Tout d'abord, elle se demande de quoi on parle exactement. Posez la question suivante au grand public: «Êtes-vous d'accord avec l'euthanasie?», les gens vont vous répondre «oui» s'ils pensent que cela signifie que l'on peut refuser de prolonger artificiellement la vie.

Le projet de loi 119 de l'État de Washington en est un bon exemple. La question qui était posée est la suivante: êtes-vous d'accord avec le droit de refuser un traitement, le droit d'administrer un traitement approprié pour soulager la douleur et le droit de recourir à un suicide assisté par un médecin? Chacun devait décider de voter pour les trois choses ou contre ces trois choses en même temps. Je considère que c'est une grave erreur.

L'euthanasie doit être strictement définie. Récemment, j'en suis venue à la conclusion qu'il fallait prendre des exemples précis et de poser à la population des questions comme celles-ci: Êtes-vous d'accord pour dire que les médecins devraient pouvoir administrer des injections mortelles aux gens? Lorsqu'on pose une question comme celle-là, il n'y a aucun risque de confusion.

Je considère comme une erreur sur le plan intellectuel, tant du point de vue de l'éthique que du droit, de considérer que toutes les décisions prises à la fin de la vie sont de même nature. Je crois que c'est une source de confusion, tout particulièrement pour le grand public. Je considère en particulier que nous devrions prendre bien soin d'affirmer qu'un traitement visant à soulager la douleur de manière adéquate n'est pas de l'euthanasie. Si l'on parvient à apaiser les craintes de ceux qui ont peur qu'on les laisse souffrir, bien des gens cesseront de promouvoir l'euthanasie. S'ils la réclament, c'est principalement parce qu'ils sont terrifiés à l'idée qu'ils vont devoir subir des souffrances horribles.

Il s'agit aussi de savoir s'il y a une différence entre le fait de ne pas dispenser un traitement visant à maintenir une personne en vie et le fait de retirer ce traitement. Sur le plan de l'éthique comme du droit il n'y a pas de différence, à condition que cette action soit justifiée dans un cas comme dans l'autre. Là encore, dans une certaine mesure, le fait de savoir si cette action est justifiée procède d'un jugement de valeur. Toutefois — et nous devons à

[Texte]

In fact, in a recent study by Dr. Mildred Solomon from Memorial Sloan-Kettering, they found that two out of three physicians knew there was no ethical or legal difference between withholding and withdrawing but felt that there was a difference. She proposed that, perhaps, there is some deep intuition present there that the ethics involved in withdrawing may be more grey and difficult, which is probably true, because when you decide to withhold it is usually a clear case. You can say, "Look, there is nothing we can do for this person." When you are at the state of withdrawing, you say, "Well, we thought we could do something. Maybe we can't. Maybe we should finish it now."

In defining euthanasia, we need to look as well at whether physician-assisted suicide is different from euthanasia. I would propose to you that it is not. It is even acknowledged in the literature by the people who are pro-choice on euthanasia, for instance Peggy Battin, an American philosopher, who has written that, in this respect, it will be much easier to get the public to agree to physician-assisted suicide than it will be to get them to agree to euthanasia. Therefore, physician-assisted suicide is the preferable term if you are trying to promote the case for euthanasia.

If you look at Chief Justice Lamer's judgement in the *Rodriguez* case, he faces up to that issue. In interpreting his judgment, he states that there is no difference. He says that if Sue Rodriguez were allowed to commit suicide or to have assistance in committing suicide, he could see no reason why she would not be able to have that in the form of a physician assisting her in any way that was necessary to allow her to die.

With respect to the Chief Justice, that confuses the difference in our criminal law between suicide, which when broken down means *sui*, oneself; and *cide* kills; and homicide, where one is killed by another. Even if you think it is justified, a physician killing you is homicide, not suicide. It is only if you kill yourself that it is suicide. We need to be careful about that.

The second question is: Why are we talking about euthanasia now? This is one of the ripples. We look at it and think, "Well, we are talking about it," but we have not considered why this debate has come up now. I have referred to it in another context as "death talk" in Canada.

We are a society that is very concerned with death at the moment. There are all sorts of symbolic representations of that. Someone was saying to me the other day that they were studying

[Translation]

mon avis en tenir compte — le sentiment n'est pas nécessairement le même pour les professionnels de la santé en cause selon qu'on ne dispense pas un traitement ou qu'on le retire.

D'ailleurs, une étude récemment effectuée par le Dr Mildred Solomon, du Memorial Sloan-Kettering, a révélé que deux médecins sur trois savaient qu'il n'y a pas de différence sur le plan de l'éthique ou du droit entre le fait de ne pas dispenser un traitement ou de le retirer, tout en estimant cependant que ce n'était pas la même chose. L'auteur de l'étude a laissé entendre qu'il s'agissait là peut-être d'une intuition profonde des problèmes posés sur le plan de l'éthique par le retrait d'un traitement, la zone d'ombre étant plus délicate à cerner dans ce cas, ce qui est probablement vrai étant donné que lorsqu'on décide de s'abstenir de dispenser un traitement, la situation est généralement plus claire. On peut toujours se dire «il n'y avait plus rien à faire pour cette personne.» Lorsqu'on en est au stade où il faut interrompre le traitement, on se dit «nous avons cru pouvoir faire quelque chose. Ce n'est peut-être pas le cas. Il faudrait peut-être en finir dès maintenant.»

Lorsqu'on définit l'euthanasie, on doit aussi se demander si le suicide assisté par un médecin est différent de l'euthanasie. Selon moi, il n'en est rien. C'est même une chose que reconnaissent les auteurs d'ouvrages favorables au libre-choix en matière d'euthanasie, ainsi Peggy Battin, une philosophe américaine, qui a écrit qu'en la matière il sera bien plus facile de faire accepter par l'opinion publique le suicide assisté par un médecin que l'euthanasie. Par conséquent, c'est à l'expression «suicide assisté par un médecin» que l'on a recourt lorsqu'on s'efforce de promouvoir la cause de l'euthanasie.

Voyez par exemple l'arrêt prononcé par le juge en chef Lamer dans l'affaire *Rodriguez*, où ce dernier fait face au même problème. Dans l'interprétation de son jugement, il déclare qu'il n'y a pas de différence. Selon lui, si l'on autorisait Sue Rodriguez à se suicider ou à se faire aider pour se suicider, on ne voit pas pourquoi cette dernière ne pourrait pas se faire assister dans cette opération par un médecin qui l'aiderait à mourir en lui donnant tous les moyens nécessaires.

Avec tout le respect que je dois au juge en chef, voilà qui ne tient pas compte de la différence qui existe dans notre droit pénal entre le suicide, dont l'étymologie renvoie d'une part à *sui*, qui veut dire soi-même, et d'autre part à *cide*, tuer, et l'homicide, qui s'emploie lorsqu'une personne en tue une autre. Même si vous considérez que cet acte est justifié, si un médecin décide de vous tuer, il s'agit d'un homicide et non pas d'un suicide. Il faut se tuer soi-même pour qu'il s'agisse d'un suicide. Il faut faire bien attention à cela.

La deuxième question est la suivante: Pourquoi parlons-nous d'euthanasie aujourd'hui? Voilà l'une des ondes concentriques. Nous considérons la chose et nous nous disons: «Voilà qu'on en parle», sans nous demander pour quelle raison ce débat s'engage aujourd'hui. J'ai qualifié ce phénomène, dans un autre contexte, de «discours sur la mort» au Canada.

Notre société est très préoccupée par la mort en ce moment. Il y a toutes sortes de représentations symboliques de celle-ci. Quelqu'un me disait l'autre jour qu'un examen des couvertures de

[Text]

the front covers of *Time* magazine. The topics that are covered in these types of magazines are immigration, AIDS, the escalation in crimes of violence, and euthanasia. Those are all death talk topics. They are all ways in which in our society we can talk about death — whether individual or societal death, or threats of death both to individuals and to the nature of the society itself. For example, one way it is possible to think about immigration is that it is a death threat to a culture. That is how it is often perceived — not that it is the case in my view, but it is perceived thus.

In a post-modern, secular, materialistic, consumer-oriented, intensely individualistic, post-patriarchal, feminist-influenced, end-of-the-twentieth-century society — to name just a few of the characteristics — we have lost our death talk forums, which were church on Sunday, where there was one hour of death talk that was neatly confined. We could then get on with our lives for the rest of the week. Today, in Canada, our modern cathedrals are the Supreme Court of Canada and our Parliament. If you think for a moment about where the death talk is taking place, it is being debated in our Parliament, our Supreme Court; in other words, in our modern cathedrals.

Why are we engaging in that death talk? Is it simply the issue that we will die? After all, we have always had that knowledge. I suggest that we are really using a surrogate forum for conflicting world views. In other words, we are employing those two views: first, a traditional, conservative, sometimes described as fundamentalist — though some people do not like that term but it is a good, handy, descriptive term — and, second, a Liberal, secular view, which emerged powerfully at the end of the twentieth century. Those are different features that we could go into. I do so in the paper that has been distributed to you.

In this euthanasia debate we need to consider that a third view may be possible; one that retains the best of the past and recognizes the realities of a post-modern, secular society. In my view, that should not include euthanasia. Whatever one's views about the morality of euthanasia at an individual level — and I am prepared to accept that it is a personal, individual, moral judgment — if it is simply at an individual level, euthanasia is unacceptable at the societal level because of the harm it would cause, especially to some of our most important values and symbolism.

I want to explain that statement. It means that you cannot institutionalize it or legalize it without doing irreparable harm at the societal level. That harm is not simply the danger of abuse. The danger of abuse is a concern, but it is the lesser concern. The real harm that we are dealing with here is: What sort of society will we pass on to the future, and what will be the values and symbolism of that society? That is what we are dealing with when we deal with the euthanasia debate.

[Traduction]

la revue *Time* faisait ressortir que les sujets traités dans ce genre de revue était l'immigration, le sida, l'escalade de la violence et l'euthanasie. Ce sont tous là des sujets qui ont trait à la mort. C'est chaque fois une manière pour notre société de parler de la mort — que ce soit la mort d'un individu ou de la société, ou de menaces de mort à l'encontre des individus ou de la société elle-même. Ainsi, on peut envisager l'immigration comme étant une menace de mort pour une culture donnée. C'est souvent la façon dont elle est perçue — ce n'est pas le cas à mon avis, mais c'est ainsi qu'on la perçoit.

Dans notre société post-moderne, séculière, matérialiste, consumériste, désespérément individualiste, post-patriarchale, d'inspiration féministe, de la fin du XXe siècle — pour ne prendre qu'un certain nombre de qualificatifs, nous avons perdu la tribune qui nous permettait de parler de la mort, soit la messe du dimanche, cette heure pendant laquelle le discours sur la mort était bien circonscrit. Nous pouvions ensuite passer à autre chose pendant le reste de la semaine. Aujourd'hui, au Canada, nos cathédrales modernes, ce sont la Cour suprême du Canada et notre Parlement. Voyez où se tient à l'heure actuelle le discours sur la mort, il a lieu dans notre Parlement, devant notre Cour suprême; autrement dit, dans nos cathédrales modernes.

Pourquoi entreprenons-nous ce discours sur la mort? Est-ce tout simplement parce que nous savons que nous allons mourir? Après tout, nous l'avons toujours su. À mon avis, nous utilisons en fait cette tribune de rechange pour confronter des points de vue opposés sur le monde. Autrement dit, nous confrontons deux points de vue: en premier lieu, une vision traditionnelle, conservatrice, que je qualifie parfois de fondamentaliste — il y a des gens qui n'aiment pas ce terme, mais il est descriptif et décrit bien la chose — et en second lieu une vision libérale, séculière, qui est apparue avec force à la fin du XXe siècle. Ce sont des philosophies bien différentes sur lesquelles nous pourrions nous pencher. Je le fais dans le document que je vous ai distribué.

Dans le cadre de ce débat sur l'euthanasie, il nous faut envisager une troisième façon de voir les choses; une vision qui consisterait à retenir ce qu'il y a de mieux dans le passé tout en tenant compte des réalités d'une société séculière et post-moderne. À mon avis, l'euthanasie doit continuer à en être exclue. Quel que soit le point de vue moral que l'on adopte au sujet de l'euthanasie sur le plan individuel — et je suis prête à convenir qu'il y a là un jugement de valeur personnel, individuel et moral au niveau de chacun de nous — l'euthanasie est inacceptable à l'échelle de la société en raison du dommage qu'elle causerait, tout particulièrement lorsqu'on considère un certain nombre de nos valeurs et de nos symboles les plus importants.

Je m'explique. Cela signifie qu'on ne peut pas institutionnaliser ou légaliser l'euthanasie sans causer un préjudice irréparable à notre société. Ce préjudice n'est pas le simple risque d'abus. Les risques d'abus restent préoccupants, mais ce ne sont pas les plus importants. Le véritable danger qui nous menace est le suivant: quelle sorte de société allons-nous transmettre aux générations futures et quelles seront les valeurs symboliques de cette société? C'est cela qui doit nous préoccuper dans le cadre du débat sur l'euthanasie.

[Texte]

We then come to the third question: Is there a newly perceived need for euthanasia? If so, why? This is a simple realization, but so often we do not think of it. We have to recognize that we have always become ill as humans, we have always suffered, and we have always been able to kill each other. Those are the three elements of most of the euthanasia debate. Why, suddenly, has this become a major debate now? We are responding to old realities with new calls for euthanasia. That response is linked to features in society, not in the situations that give rise to calls for euthanasia. It is not linked to the situation that Sue Rodriguez found herself in. The reason we are calling for euthanasia in that situation is linked to other features of our society. It is in particular the intense individualism of the end-of-twentieth-century societies. That needs to be balanced by a new vision and practice of community.

Euthanasia is a highly, almost exclusively individualistic response. We need to recognize persons' claims to freedom of choice, control over what happens to them and individual rights, all of which were emphasized in the *Sue Rodriguez* case by the Supreme Court. But simultaneously — and this is where the majority and minority differed in the Supreme Court — the majority agreed that there were some limits on these rights in the interests of society itself. That is true. We have lost touch with what those limits should be.

We also need to ask: What role is played by the context within which the discussion of euthanasia takes place? We are a media society. We need to consider what has been called "marketing death" in the *Sue Rodriguez* case, and the power of that in a death-denying, death-obsessed society. It has even been suggested — and I heard this statement at a conference the other day, made by a person who opened his speech with it — that Americans are the only people who think that death is optional. That is related to euthanasia. Euthanasia brings death closer to seeming to be optional. In all of that, we need to recognize the difficulty of giving a presence in the euthanasia debate to the intangible reality of society itself; that enormously delicate web that is so extraordinarily important if we are to live fully human lives, especially in relation to television. It is very hard — and I have tried to do it many times — to put society on television.

We also need to recognize the difficulty of arguing against fulfilling the wishes of a dying person who wants euthanasia. For example, there was Sue Rodriguez. To be on television with her was such an experience. She was enormously courageous. She elicited the utmost feelings of compassion. You could not help but feel, "Why would I say that I do not think this is what you should have?" when it seemed to be the only thing she wanted. That is extremely difficult to do, and it is extremely difficult to

[Translation]

Je passe ensuite à la troisième question: A-t-on l'impression qu'il y a un besoin nouveau en matière d'euthanasie? Dans l'affirmative, pour quelle raison? C'est bête, mais il fallait y penser. Il nous faut bien nous rendre compte que ce n'est pas la première fois que les êtres humains tombent malades, qu'ils souffrent ou que l'un d'entre eux en tue un autre. Ce sont là les trois éléments de la plupart des débats sur l'euthanasie. Pourquoi alors en a-t-on fait soudainement une dimension fondamentale du débat à l'heure actuelle? Nous faisons face à de vieilles vérités en lançant de nouveaux appels pour l'euthanasie. Cette façon de réagir est liée aux caractéristiques de notre société et non pas aux situations donnant naissance aux demandes d'euthanasie. Elle n'a rien à voir avec la situation dans laquelle s'est retrouvée Sue Rodriguez. La raison pour laquelle nous réclamons l'euthanasie, c'est parce que ce genre de situation se rattache à d'autres caractéristiques de notre société. C'est à cause en particulier de l'individualisme effréné des sociétés de la fin du XXe siècle. Il faut maintenir un certain équilibre en adoptant une nouvelle vision et de nouvelles pratiques au sein de la collectivité.

L'euthanasie est une réaction fortement et presque exclusivement individualiste. Il s'agit par là de reconnaître la liberté de choix que revendique chacun, la possibilité d'exercer un pouvoir de contrôle sur ce qui nous arrive et de faire la place aux droits individuels, toutes ces notions ayant été mises en relief par la Cour suprême dans l'affaire *Sue Rodriguez*. Parallèlement, toutefois — et c'est ce qui a séparé l'opinion de la majorité de celle de la minorité devant la Cour suprême — la majorité a convenu qu'il convenait d'imposer certaines limites à ces droits dans l'intérêt de la société elle-même. C'est vrai. Nous avons perdu la notion de ces limites.

Il nous faut aussi nous demander: Quel est le rôle qui est joué par le cadre dans lequel s'inscrit la discussion de l'euthanasie? Nous sommes dans une société médiatique. Il nous faut examiner ce que l'on a appelé «la commercialisation de la mort» dans l'affaire *Sue Rodriguez*, et le pouvoir que cela exerce dans une société qui nie la mort, qui est obsédée par la mort. Certains vont même jusqu'à affirmer — et je l'ai entendu dire l'autre jour par un orateur qui a introduit ainsi son discours — que le peuple américain était le seul à penser que la mort était facultative. C'est une chose qui est liée à l'euthanasie. L'euthanasie fait en sorte que la mort paraît davantage facultative. Tout bien considéré, il nous faut tenir compte de la difficulté qu'il y a à replacer tout ce débat sur l'euthanasie dans la réalité immuable de la société elle-même; cette toile très délicate qui revêt une si grande importance si nous voulons vivre pleinement en tant qu'être humain, surtout en rapport avec la télévision. Il est très difficile — et je l'ai essayé bien des fois — d'intégrer la société à la télévision.

Il nous faut aussi tenir compte de la difficulté qui consiste à aller contre les désirs d'une personne mourante qui réclame l'euthanasie. C'était le cas, par exemple, de Sue Rodriguez. La retrouver sur un plateau de télévision représentait une expérience extraordinaire. Elle avait un courage énorme. Elle inspirait énormément la compassion. On ne pouvait pas empêcher de se dire «Comment pourrais-je m'opposer à son désir?», alors qu'il semblait que c'était la seule chose qu'elle souhaitait. C'est

[Text]

convince other people that you are doing the right thing in doing that. We have to take all of that into account.

Another thing we must look at is: What are the claims of individuals to have euthanasia made available? Clearly, they are compassion and mercy, relief of suffering and the right to self-determination and control. We can supply all of those in other ways short of euthanasia. We must do that if we are to be justified in saying that euthanasia should not be available. One of my favourite cartoons in this area — and I have it here if anyone wants a copy of it afterwards — is a picture of Dr. Kevorkian driving past in a black funeral hearse. There are two old people standing on the sidewalk. The black hearse has "Kevorkian, M.D." written on the side. One of the old people says to the other one, "Don't knock it. He is the only doctor who makes house calls these days." That is what we have to keep in mind, that to some extent at least, there is somebody who provides compassion and relief of suffering — in my opinion in absolutely the wrong way, but the motives cannot be questioned.

We also must look at the statistics. Again, this is a ripple in the pond. For instance, in the Netherlands, it is difficult to get accurate figures on euthanasia, but the estimate is that about 4 per cent of all deaths are caused through euthanasia. Yet the latest official statistic on deaths of people with AIDS through euthanasia is 29 per cent, and that was in 1991. I heard a figure the other day, which I believe has yet to be published, and that is that the number of people with AIDS who are dying through euthanasia is around 40 per cent in the Netherlands.

If you think about who are the most stigmatized, the most abandoned, perhaps the most unloved people in our society, it is probably the people who have AIDS. Therefore, if one of the reasons people want euthanasia is what Dr. J. Ketts at Yale has called "intense pre-mortem loneliness", then perhaps people with AIDS have the most intense pre-mortem loneliness, and those figures make sense.

We have to think very carefully about whether, to quote the Chief Justice of Canada, we should allow "exercise of the right to commit suicide" which, in the *Rodriguez* case, he proposed existed. That would mean, for instance, if we had a young person brought into our emergency room who had tried to commit suicide and if they have a right to commit suicide, then as a physician you have a duty not to do anything about trying to stop them. That is what a right means. You can do it, and other people cannot interfere with you. We need to think much more widely in talking about rights to commit suicide before we institute it.

We also have to be sensitive to the tough economic times in which we live, and to our scarce health-care dollars. It is very

[Traduction]

extrêmement difficile et il est extrêmement difficile de convaincre d'autres personnes que c'est pourtant la bonne chose à faire. Nous devons en tenir compte.

Il y a une chose à considérer, qui est la suivante: Quelles sont les demandes des personnes qui réclament l'euthanasie que l'on peut satisfaire? Il y a bien évidemment la compassion et la pitié, le soulagement des souffrances et le droit à l'autonomie de la décision et au contrôle de sa propre vie. Toutes ces demandes, nous pouvons les satisfaire sans aller jusqu'à l'euthanasie. Il faut que nous le fassions si l'on veut pouvoir justifier de ne pas accorder l'euthanasie. L'un des dessins humoristiques que j'ai particulièrement apprécié de ce point de vue — je l'ai ici et je peux vous en fournir une copie si vous le voulez — représente le Dr Kevorkian qui passe dans la rue au volant d'un corbillard. Deux vieilles personnes se tiennent sur le trottoir. Le corbillard porte la mention «Kevorkian, docteur en médecine». L'une des vieilles personnes dit à l'autre «Ne lui jette pas la pierre. C'est le seul médecin qui fait encore des visites à domicile.» C'est ce qu'il ne nous faut pas oublier, dans une certaine mesure, au moins, il y a là quelqu'un qui offre de la compassion et qui allège les souffrances — d'une façon qui à mon avis est totalement erronée, mais on ne peut pas en contester les motifs.

Il nous faut aussi considérer les statistiques. Là encore, il s'agit de l'un des effets des ondes concentriques dans la mare. Aux Pays-Bas, par exemple, il est difficile d'obtenir des statistiques précises sur l'euthanasie, mais on estime qu'environ 4 p. 100 des morts se font par euthanasie. Pourtant, la dernière statistique officielle concernant la mort par euthanasie des personnes atteintes du sida fait état d'un chiffre de 29 p. 100, et ce pour l'année 1991. J'ai entendu citer un chiffre l'autre jour, je crois qu'il n'a pas encore été publié, selon lequel le pourcentage de personnes atteintes de sida qui meurent par euthanasie est d'environ 40 p. 100 aux Pays-Bas.

Pensez aux gens qui sont les plus stigmatisés, les plus abandonnés et peut-être même les moins aimés au sein de notre société, ce sont probablement les sidatiques. Par conséquent, si comme l'a expliqué le Dr J. Ketts de l'Université Yale, l'une des raisons pour lesquelles les gens réclament l'euthanasie, c'est «l'immense solitude qui précède la mort», il est possible que les sidatiques soient justement les gens qui souffrent le plus de cette solitude, et ces statistiques apparaissent donc logiques.

Il nous faut nous demander très sérieusement, pour reprendre l'expression employée par le juge en chef du Canada, si nous devons autoriser «l'exercice du droit de commettre le suicide» qui existe, à son avis, dans l'affaire *Rodriguez*. Cela signifie, par exemple, que si un médecin voit arriver en salle d'urgence un jeune qui a essayé de se suicider, à partir du moment où ce jeune a le droit de se suicider, le médecin a le devoir de ne rien faire pour l'en empêcher. Voilà ce qu'implique un droit. On a le droit de faire telle action et les autres ne peuvent vous en empêcher. Il nous faut discuter davantage du droit de commettre le suicide avant de l'instituer.

Il nous faut aussi être sensible à la conjoncture économique difficile dans laquelle nous vivons et au manque d'argent dans le

[Texte]

clear in Holland that this has happened, that people ask for euthanasia to avoid being a burden on others.

Why do we want to medicalize euthanasia? I believe we want to do it because it looks kinder, more caring; it gives a cloak of acceptability. We believe that our doctors in Canada, to the vast extent, are caring, kind, moral, people who act appropriately. When we are hearing so much about the Netherlands system, we must be aware — and many people are not, that anyone in that country who assists in euthanasia and who is not a physician will be prosecuted. Euthanasia is reportedly widespread in Germany, but the system is exactly the opposite. Any health care professional who participates in euthanasia in Germany will be prosecuted. However, if the person aiding is a friend or a member of the family, and it is genuinely a case of euthanasia, then they will not be prosecuted.

One of the questions we must ask ourselves is: What would be the effect on the medical profession of having physicians authorized to carry out euthanasia? Leon Kass said, "It puts the very soul of medicine on trial", and I agree with that. I do not think we can easily or lightly abandon at least two thousand years of tradition which separated, in the Hippocratic oath, the physician-healer from the witch doctor-killer. That is what we are risking doing, even though those are tough words, in the euthanasia debate. No matter how compassionate your motives, you are still putting those roles back together when you have physicians administering death instead of caring for people.

The eighth question is: Why do we technologize the carrying out of euthanasia? Dr. Kevorkian, by the way, has patented one of his machines. It is called the Thanotron, obviously, *thanos*, meaning death. Why? Part of his reasons for using machines is to separate himself from the act of killing, which means he is more likely to be involved in suicide than in homicide.

However, I would suggest to you that there is a deeper reason why we use technology in euthanasia. I think it is to distance ourselves emotionally from what we are doing. It seems as though the technology does the job and not us. We have to be very careful not to disconnect our feelings from our acting in this area.

Why is the euthanasia debate connected with the use of modern technologies? You will often hear people say that they feel euthanasia has become necessary now because, with all the technology that we now have, people are being kept alive, as you sometimes hear, against their will, or that their dying is prolonged, et cetera. The answer to that is to give really clear and adequate rights to refuse treatment, which I think our courts in Canada have

[Translation]

réseau des soins de santé. Il est très clair que c'est ce qui s'est passé en Hollande et que les gens réclament l'euthanasie pour éviter d'être un fardeau pour les autres.

Pourquoi voulons-nous médicaliser l'euthanasie? Je crois que c'est parce que l'opération prend alors un air plus banal, plus attentionnée; elle devient plus acceptable. Nous considérons que dans une large mesure nos médecins au Canada sont des êtres attentionnés, bons, moraux et disposés à agir selon les règles. Nous entendons beaucoup parler ces temps-ci du système des Pays-Bas, mais il nous faut être bien bien conscients, et beaucoup de gens ne le sont pas, que toute personne qui dans ce pays participe à une opération d'euthanasie sans être médecin est poursuivie en justice. On dit que l'euthanasie est généralisée en Allemagne, mais le système est tout à fait à l'opposé dans ce pays. Tout professionnel de la santé qui participe à une opération d'euthanasie en Allemagne est poursuivi en justice. Par contre, si la personne qui facilite cette opération est un ami ou un membre de la famille et s'il s'agit véritablement d'un cas d'euthanasie, il n'y aura aucune poursuite.

L'une des questions que nous devons nous poser est la suivante: Quels seraient les effets sur la profession médicale d'une autorisation donnée aux médecins de pratiquer l'euthanasie? Selon l'expression employée par Leon Kass: «L'âme véritable de la médecine en serait remise en question», et je suis d'accord avec cette affirmation. Je ne crois pas qu'on puisse facilement et sans aucune réticence renoncer à une tradition qui remonte à au moins 2 000 ans et qui a permis de séparer, dans le serment d'Hippocrate, le médecin-guérisseur du sorcier-tueur. C'est le risque que nous courons, même si ce sont là de bien grands mots, dans le débat sur l'euthanasie. Même si c'est pour de bons motifs, il n'en reste pas moins que l'on réunit à nouveau ces rôles lorsqu'on demande aux médecins d'administrer la mort plutôt que de soigner les gens.

La huitième question est la suivante: Pourquoi faisons-nous appel à la technologie pour pratiquer l'euthanasie? Le Dr Kevorkian a d'ailleurs breveté l'une de ses machines. Il lui a donné le nom de Thanotron, qui vient évidemment de *thanos*, qui signifie mort. Pourquoi? S'il se sert de machines, c'est en partie parce qu'il ne veut pas être impliqué dans l'acte qui consiste à tuer, ce qui fait qu'on l'accusera plutôt d'avoir pris part à un suicide qu'à un homicide.

Laissez-moi vous dire toutefois qu'il y a une raison plus profonde pour laquelle nous faisons appel à la technologie pour pratiquer l'euthanasie. Je crois que c'est pour nous distancier émotionnellement de ce que nous faisons. C'est comme si c'était la technique qui agissait et non pas nous. Il nous faut prendre bien soin de ne pas écarter nos sentiments de nos agissements dans ce domaine.

Pourquoi le débat sur l'euthanasie est-il lié à l'utilisation des techniques modernes? On entend souvent des gens nous dire qu'ils considèrent que l'euthanasie est devenue nécessaire aujourd'hui parce qu'avec toute la technologie dont on dispose, on maintient les gens en vie, c'est une chose que l'on entend parfois dire, contre leur volonté, parce que leur agonie est prolongée, et cetera. La réponse à cela, c'est qu'il faut accorder très

[Text]

done superbly well. Uniformly, they have recognized those rights, for instance, in the *Nancy B* case, in *Malette v. Shulman*, et cetera. In the *Rodriguez* case, our highest court affirms those rights.

However, I think the reason we have connected it with modern technologies is again related to a societal issue, that we may want to give an impression that this is a new issue, namely the fact that we are talking about euthanasia now. It is an issue that has just arisen and, therefore, we are justified in seeking a new ethical, legal, and societal response to it, and it is proposed that that response should be euthanasia. I do not propose that, but it is proposed by those who are in support of euthanasia.

The tenth question is: Are we being manipulated by the language of euthanasia? I would suggest to you that we definitely are. The language of euthanasia has changed. In the relatively recent past, a physician who killed someone else was considered to have committed the most unethical act of medical — I guess you could call it “practice”, in inverted commas. It has now become, for instance, in the working document of the English Working Party on Euthanasia, “unethical” not to provide euthanasia in cases where this would be required. It is described as a merciful act of clinical care. It is sometimes described, for instance, in the Dutch literature as the “ultimate act” of clinical care.

It is also interesting to look at the Dutch cases and the legal analysis of those where euthanasia is very clearly brought in under the rubric of treatment. It is argued that the doctor has two conflicting duties in the euthanasia situation: a duty to care for the patient and a duty to relieve suffering. In the cases where euthanasia is justified, the duty to relieve suffering trumps the other duties and, therefore, killing is within the duty of caring for the patient.

The eleventh question is: What are our basic presumptions in considering the law's approach to euthanasia? This is a technical question, but it is of enormous importance in determining how you deal with this issue. Basic presumptions are not neutral. They at least set the tone and analysis of the debate, and often they determine the outcome. They also always determine the outcome when the question is one of equal doubt as to what we do, because in a situation of equal doubt as to whether or not we should do something, the basic presumption gives you the answer. You stay with the basic presumption.

The first of four basic presumptions for euthanasia is: “No, no euthanasia.” That is currently Canada. That is our law in Canada. The second basic presumption is: “No, no euthanasia,

[Traduction]

clairement et de manière appropriée le droit de refuser un traitement, ce qu'à mon avis nos tribunaux ont su très bien faire au Canada. Ils ont tous reconnu ce droit, ainsi dans l'affaire *Nancy B*, dans l'affaire *Malette c. Shulman*, et cetera. Dans l'affaire *Rodriguez*, le plus haut tribunal du pays a confirmé ces droits.

Je crois cependant que si nous avons rattaché ce débat à la technologie moderne, c'est encore pour une question de société, parce que nous voulons éventuellement donner l'impression qu'il s'agit là d'un problème nouveau et que ce n'est qu'aujourd'hui que nous parlons d'euthanasie. La question viendrait juste de se poser et par conséquent nous serions justifiés de chercher à lui apporter une nouvelle réponse sur le plan de l'éthique, du droit et des valeurs de la société, la réponse proposée étant celle de l'euthanasie. Ce n'est pas ce que je préconise, mais c'est ce que proposent ceux qui sont en faveur de l'euthanasie.

La dixième question est la suivante: Sommes-nous manipulés par le langage qui entoure l'euthanasie? Laissez-moi vous dire que c'est tout à fait le cas. Le langage lié à la pratique de l'euthanasie a changé. Jusqu'à une date très récente, on considérait qu'un médecin qui tuait une personne commettait l'acte ou, si l'on peut s'exprimer ainsi, la «pratique» médicale la plus contraire à l'éthique. On dit maintenant, par exemple dans le document d'étude sur l'euthanasie du parti travailliste anglais, qu'il est «contraire à l'éthique» de ne pas pratiquer l'euthanasie dans les cas où c'est nécessaire. On dit qu'il s'agit là d'un acte clinique visant à abrégé les souffrances d'autrui. On en parle, par exemple, dans les ouvrages scientifiques des Pays-Bas comme étant «l'acte ultime» en matière de soins cliniques.

Il est intéressant par ailleurs de constater que dans les affaires qui ont eu lieu aux Pays-Bas et dans la doctrine juridique les concernant, la discussion de l'euthanasie est clairement rattachée à la rubrique des traitements. On y soutient que le médecin a deux obligations opposées en cas d'euthanasie: le devoir de prendre soin du patient et le devoir d'alléger ses souffrances. Lorsque l'euthanasie est justifiée, le devoir d'alléger les souffrances du patient prend le pas sur le reste et, par conséquent, le fait de tuer relève de l'obligation de soin envers le patient.

La onzième question est la suivante: De quelle hypothèse partons-nous pour arrêter les règles de droit en matière d'euthanasie? C'est là une question technique, mais elle revêt une énorme importance lorsqu'il s'agit de déterminer de quelle façon la question va être abordée. Les hypothèses de base ne sont pas neutres. Elles influent au minimum sur le ton et sur le type d'analyse du débat, et bien souvent elles en déterminent l'issue. Elles en déterminent par ailleurs systématiquement l'issue lorsqu'il y a autant de raisons d'agir dans un sens que dans l'autre, parce qu'en cas de doute les hypothèses qui ont été faites à la base vous donnent toujours la réponse. On s'en tient à l'hypothèse de base.

La première de quatre hypothèses de base en matière d'euthanasie est la suivante: «Non, pas l'euthanasie.» C'est l'état actuel du droit au Canada. La deuxième hypothèse de base

[Texte]

unless...”, and then the “unless” becomes whatever the conditions are.

In theory, that is the law in the Netherlands too, although even that is not a correct statement. In theory, in real theory, the law in the Netherlands is the same as it is in Canada. There are, first of all, judicial and, second, regulatory exceptions to it, which means that the law has become “No, unless...” in theory. I would suggest to you that the real situation in the Netherlands is: “Yes, you can have euthanasia but we will exclude it in certain circumstances.”

For instance, if you were a perfectly fit, well, healthy 25-year-old, I do not think the Dutch courts or the Dutch legislature would tolerate euthanasia for you. On the other hand, the film called “Appointment with Death” includes a home video of a 25-year-old anorexic girl who has been under treatment for ten years. In the film, a Dutch pediatrician tells us that he does not consider that there is any point in going on treating this girl, because once you have treated a young person with anorexia for that long, they do not get better, so he carried out euthanasia on her, later on in the day on which she made the video. In fact, you can say the practice in the Netherlands is, “Yes, you can have euthanasia, but we will say that there are some cases where you cannot.”

The final situation, which is not extant anywhere in the world is: “Yes, you can simply have euthanasia.” Members of the Senate, I would draw to your attention that the only place in the world that I know of where that situation has potentially been put on the legislative papers is Canada. Two years ago, we had a bill that made it as far as first reading. It was a private member’s bill. It was the second of the proposed euthanasia bills, the Axworthy bill. In that bill, if you read it carefully, it was proposed that there be a system of euthanasia referees for Canada. There were no conditions on getting a euthanasia certificate. You could argue that in extreme cases you had a proposed “Yes, you can get euthanasia” situation, because there were no conditions on which that certificate would be allowed. That bill was dropped.

Under that bill, it was also not clear that the euthanasia referees would even be physicians, and it was very clear that if you appealed a decision of a euthanasia referee refusing you a certificate, that you could appeal to the Attorney General of Canada, who is not usually, and I think probably has not ever been, a physician, so it was not within that context.

In terms of defining the ripples on the pond, we also have to ask with what else can we compare euthanasia. It is not just an isolated issue. When else do we have killing in our society? Capital punishment, just war, and self-defence are three of the

[Translation]

consiste à dire «Non, pas l’euthanasie, à moins que...», et après le «à moins que» viennent toutes les conditions que l’on choisit de fixer.

En théorie, c’est aussi comme ça que se présente le droit aux Pays-Bas même si, là encore, les choses sont un petit peu différentes. En théorie, d’un point de vue purement théorique, le droit est le même aux Pays-Bas qu’au Canada. Mais il y a toutefois des exceptions, d’abord au niveau judiciaire et ensuite au niveau réglementaire, qui font que l’état du droit est en fait devenu le suivant «Non, à moins que...» en théorie. Je vous dirais cependant qu’en réalité aux Pays-Bas la loi s’applique comme suit: «Oui, vous pouvez pratiquer l’euthanasie, mais cette possibilité sera exclue dans certaines circonstances.»

Ainsi, si vous êtes en pleine forme et en parfaite santé et si vous avez 25 ans, je ne crois pas que les tribunaux ou que le parlement des Pays-Bas vont autoriser l’euthanasie en ce qui vous concerne. D’un autre côté, on peut voir dans le film «Rendez-vous avec la mort» une vidéo amateur représentant une fille anorexique de 25 ans ayant été traitée pendant dix ans. Dans le film, un pédiatre des Pays-Bas nous a dit qu’à son avis il est devenu inutile de continuer à traiter cette jeune fille parce que lorsqu’une personne souffrant d’anorexie a été traitée pendant si longtemps, elle ne peut plus s’en sortir de sorte qu’il l’a euthanasiée un peu plus tard, la journée même où la vidéo a été prise. On voit donc bien que la pratique aux Pays-Bas est la suivante «Oui, vous pouvez pratiquer l’euthanasie, sauf dans certains cas où nous affirmons que c’est interdit.»

La dernière hypothèse, qui n’est en pratique nulle part dans le monde, consiste à dire «Oui, on peut tout simplement pratiquer l’euthanasie.» Sénateurs, j’attire votre attention sur le fait que le seul endroit au monde où à ma connaissance cette éventualité a été évoquée dans des documents législatifs est le Canada. Il y a deux ans, nous avons eu sur le sujet un projet de loi qui est allé jusqu’en première lecture. C’était une proposition de loi privée. Il s’agissait du deuxième des projets de loi proposés en matière d’euthanasie, le projet de loi Axworthy. En lisant attentivement ce projet de loi, on pouvait voir qu’un système d’arbitrage en matière d’euthanasie était proposé pour le Canada. Aucune condition n’était fixée pour obtenir un certificat d’euthanasie. On peut alléguer que dans les cas extrêmes, la situation qui était proposée était «Oui, vous pouvez pratiquer l’euthanasie», parce qu’aucune condition n’était imposée pour la délivrance du certificat. Ce projet de loi a été abandonné.

Par ailleurs, il n’était pas dit clairement dans ce projet de loi que les arbitres en matière d’euthanasie seraient des médecins et, dans la mesure où vous vous étiez adressé à un arbitre qui avait refusé le certificat, il était très évident que vous pouviez faire appel devant le procureur général du Canada, qui n’est pas généralement un médecin, et il n’y en a probablement jamais eu, je crois, et l’on voit donc bien que ce n’était pas là la préoccupation.

Lorsqu’on cherche à délimiter les ondes concentriques qui se répandent à la surface de notre mare, il faut aussi se demander à quoi se compare l’euthanasie. Ce n’est pas un phénomène isolé. Y a-t-il d’autres domaines où l’on tue dans notre société? La

[Text]

areas where it is sometimes regarded as justifiable killing, because that is what we are looking for with euthanasia. Can we have that in the Canadian fabric?

I think, very happily, we have eliminated capital punishment. If any of you saw the television coverage of that gruesome execution in the United States last week, I think that would be enough to reconvince you not to have capital punishment. It was just ghoulish.

What are we doing with just war? Theoretically, a just war is when we have no option to save ourselves other than to go to war. Self defence is similar at an individual level, where we have no option but to kill the other person in order to preserve our own life. If you look at the last two of those, the only reason you are allowed to kill is that you are saving life in killing. That is not true with euthanasia.

If you did an analysis of capital punishment, as to who supports it and who does not, it would be quite interesting. It is a bit complicated, but it is interesting to look at the political positions that underlie the four possibilities: yes euthanasia, no capital punish; yes euthanasia, yes capital punishment; no euthanasia, no capital punishment — which is the true pro-life position — and no euthanasia, yes capital punishment, which is some of the conservative fundamentalist position. I think we need to look into that.

We need to ask what would be the impact at the societal level of legalizing euthanasia, and we have to ask who has the burden of proving that societal impact. It was picked up again from Mr. Justice Lamer's judgment in the Supreme Court of Canada that we could not say that euthanasia would be harmful to a society, because we did not know since we had never tried it. He said it was speculative what euthanasia would do to society.

In that case, then, we are brought back to where we do not know what our basic presumption is. I would suggest to you it should be the status quo; that is, no euthanasia. If we oppose it at the societal level, the people who want to change that situation should have to show that it is reasonably safe. Even when putting drugs on the market in Canada, we require that they be reasonably safe. Euthanasia would have to be shown to meet that standard — and not just be reasonably safe in that people who did not want to be killed would not be killed, but also reasonably safe for the deepest and most important societal symbolism and values that we have. As a personal view, I really do not think it is reasonably safe enough for that. However, that is what you will have to decide.

Since we also live partly in the world of the future, we also have to ask: What would it mean for future generations if we legalized euthanasia? In my view, it is the single most important

[Traduction]

peine capitale, les guerres justes et la légitime défense, voilà les trois domaines dans lesquels on justifie parfois le fait de tuer, puisque c'est le facteur à considérer dans le cas de l'euthanasie. Est-ce que la société canadienne le permet?

Je crois, et je m'en réjouis, que nous avons éliminé la peine capitale. S'il y a quelqu'un parmi vous qui a vu la semaine dernière la couverture télévisée qui a été faite aux États-Unis de cette exécution horrible, je pense que c'était assez pour le convaincre qu'il ne faut absolument pas rétablir la peine de mort. C'était tout simplement ignominieux.

Qu'en est-il des guerres justes? En théorie, une guerre juste, c'est une guerre que nous n'avons pas d'autre choix que de livrer. La légitime défense, c'est la même chose au plan individuel, nous n'avons pas d'autre choix que de tuer autrui pour préserver sa propre vie. Dans les deux derniers cas, on peut voir que la seule raison pour laquelle on peut tuer, c'est parce que l'on épargne ainsi d'autres vies. Ce n'est pas vrai dans le cas de l'euthanasie.

Lorsqu'on analyse la peine capitale, lorsqu'on cherche à savoir qui est en faveur et qui est contre, c'est très révélateur. L'analyse est un peu complexe, mais il est intéressant de voir quelles sont les positions politiques qui sous-tendent les quatre possibilités: oui pour l'euthanasie et non pour la peine capitale; oui pour l'euthanasie et oui pour la peine capitale; non pour l'euthanasie et non pour la peine capitale — ce qui est la véritable position pro-vie — et non pour l'euthanasie et oui pour la peine capitale, qui est en quelque sorte une position fondamentaliste et conservatrice. Je crois qu'il nous faut nous pencher sur la question.

Nous devons nous demander quels seraient les effets sur la société d'une légalisation de l'euthanasie et qui doit assumer la charge de la preuve pour ce qui est de ses répercussions sur la société. On peut citer à nouveau l'arrêt du juge Lamer de la Cour suprême du Canada pour dire qu'on ne peut pas savoir si l'euthanasie risque de causer un préjudice à la société tant qu'on ne l'a pas essayée. Aux yeux du juge, on ne pouvait que conjecturer des effets de l'euthanasie sur la société.

Dans un tel cas, on en revient donc alors à la question de l'hypothèse de base. D'après moi, notre hypothèse de base doit être le statu quo; en l'occurrence, pas d'euthanasie. Si nous nous y opposons en tant que société, il appartient à ceux qui veulent que la situation change de démontrer que cette pratique est raisonnablement sans danger. Même lorsqu'on met des médicaments sur le marché au Canada, on exige qu'ils soient raisonnablement dénués de tout danger. Il faudra démontrer que l'euthanasie répond à ce critère — et non pas simplement que cette pratique est raisonnablement sans danger en ce sens que les gens qui ne veulent pas être tués ne le seront pas. Il faut aussi qu'elle soit raisonnablement sans danger pour les valeurs symboliques les plus profondes et les plus importantes de notre société. Personnellement, je ne crois pas que ce risque soit raisonnablement écarté. Toutefois, c'est à vous qu'il appartient d'en décider.

Comme nous construisons aussi pour l'avenir, nous devons aussi nous poser la question suivante: Que signifie pour les générations futures une légalisation de l'euthanasie? À mon avis,

[Texte]

issue at the end of the twentieth century for setting what could be called the ethical and legal tone of Canadian society, or of any society that is addressing the same issue.

We pass on what have come to be called memes, which is a take-off on the word genes. Genes contain the genetic information we pass on, but we also pass on these memes, which are units of cultural information, from generation to generation. I believe that among the most important of those memes is reflected Canadian's belief that we do not have capital punishment, that we do not kill each other unless we are trying to defend our own lives in doing so, and that we have a basic rule that we do not kill each other in this society.

Finally, I have a controversial question, which is not meant to be fear-mongering. Coming back to the point I started with, about our death talk and why we have all these issues in our societal forums at the moment, I think we have to ask whether we are a homicidal society, and whether euthanasia is simply a civilized expression of being a homicidal society.

I would finally say to you that, although the motives of those who are pro-choice on euthanasia are definitely merciful and compassionate, and I have the utmost respect for them and their motives, we have to ask whether the essence of euthanasia is inevitably tamed violence, and I would suggest to you that it is, and that we cannot cause it to be other than that. In short, we need an ethic of care, not an ethic of killing. Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Somerville.

Senator Beaudoin: I have two quick questions. I should first say that I agree with you that we need to start with a clear definition of euthanasia. I think it is very useful to start a memorandum that way, and there were others who came before us who said the same thing. We have to be quite sure about the concepts. I also agree that that definition should exclude necessary treatment for relief of pain, or refusal of some treatment, and futile treatment.

I agree with you that there is a difference between suicide and homicide, as does the Criminal Code of Canada. However, do you consider that assisted suicide is a form of euthanasia? That is my first question. I have the impression that you do, and that you disagree with the dissenting opinion of Mr. Chief Justice Lamer in the *Sue Rodriguez* case. Is that so?

Ms Somerville: The problem with the term "assisted suicide" is that it, again, has to be subdivided into two definitions, and Mr. Justice Lamer looked at this. A lot of people are using the term "assisted suicide" to mean a physician giving a lethal injection. I do not think that is assisted suicide, but that is the common usage of the term. As I said in my presentation, the

[Translation]

c'est la question la plus importante en cette fin du XXe siècle, qui est appelée à orienter sur le plan de l'éthique et du droit la société canadienne ou toute autre société qui se pose la même question.

Nous nous transmettons des schémas culturels, à l'image des gènes qui se transmettent d'une personne à l'autre. Les gènes fournissent l'information génétique qui est transmise, mais nous nous transmettons de la même manière des bribes d'information culturelle, d'une génération à l'autre. Je crois que l'un de ces schémas culturels parmi les plus importants au Canada est la conviction que nous ne devons pas pratiquer la peine capitale, que nous ne nous tuons pas les uns les autres à moins d'avoir à défendre légitimement notre propre vie, la règle de base étant de ne pas s'entre-tuer au sein de notre société.

Enfin, je poserai une dernière question de nature polémique sans vouloir pour autant alimenter la peur. Pour en revenir à mon point de départ, à notre discours sur la mort et aux raisons pour lesquelles nous alimentons ce débat à l'époque actuelle, je crois qu'il nous faut nous demander si nous avons une société homicide et si l'euthanasie n'est pas tout simplement l'expression civilisée d'une société homicide.

Je vous sou mets pour finir que même si les motifs des partisans de la liberté de choix en matière d'euthanasie sont sans aucun doute inspirés par la pitié et par la compassion, et j'ai le plus grand respect pour ces personnes et pour les motifs qui les animent, il nous faut nous demander si par essence l'euthanasie n'est pas une violence réprimée, et je dois vous dire qu'à mon avis c'est bien le cas, que ce ne peut pas être autre chose. En résumé, nous avons besoin d'une éthique des soins et non pas d'une éthique de la mort. Je vous remercie.

La présidente: Merci, docteur Somerville.

Le sénateur Beaudoin: J'ai deux petites questions à vous poser. Je dois dire tout d'abord que je suis d'accord avec vous pour affirmer qu'il nous faut au départ définir plus clairement l'euthanasie. Je considère qu'il serait très utile de le faire dans l'introduction de notre mémoire, et d'autres personnes sont venues nous le dire. Il nous faut bien cerner les notions.

Je suis d'accord aussi pour dire que cette définition devrait englober les notions de traitement indispensable pour soulager la douleur, de refus de certains traitements et de traitement inutile. Je conviens aussi avec vous qu'il y a une différence, reconnue par le Code criminel du Canada, entre le suicide et l'homicide. Considérez-vous toutefois que le suicide assisté est une forme d'euthanasie? C'est là ma première question. J'ai l'impression que c'est ce que vous pensez et que vous n'êtes pas d'accord avec l'opinion dissidente du juge en chef Lamer dans l'affaire *Sue Rodriguez*. Est-ce bien ça?

Mme Somerville: Le problème que pose la notion de suicide assisté, c'est qu'elle obéit à deux définitions distinctes, et le juge Lamer en a parlé. Beaucoup de gens entendent par «suicide assisté» la pratique selon laquelle un médecin administre une injection mortelle. Je ne considère pas qu'il s'agisse dans ce cas d'un suicide assisté, mais c'est l'usage courant de l'expression.

[Text]

people who are pro-choice on euthanasia have deliberately adopted that terminology in order to make their position more palatable to more people. I think we have to be very careful not to do that.

I certainly do not agree with physicians giving lethal injections, and I do not think that is assisted suicide. I think that is homicide, and the question is whether it is justifiable homicide or not. If we legalize euthanasia, it would become justifiable homicide. Let us not warp the whole basis of our criminal law in order to make this sound like something it is not, so that it becomes acceptable and nice. That is really what we are getting at here.

The second question which you raise, which is very important, is a much more difficult one, and here you have to get into a complicated analysis of the nature of intention in the criminal law, and the nature of motive, the relationship between intention and motive, and the relevance of motive to criminal liability. What happens if you are a physician — and this is by far the most common situation that occurs — and you either know, or you have a reasonable suspicion, or you ought to know — each of which are three different legal situations — that somebody is coming to you for drugs because they want to store those up and use them to actually commit suicide. It is very hard for me to explain this without getting myself into a difficult position about where I believe we should stand on that issue. I do not think we must be absolutely frenetic about stopping people from doing that.

On the other hand, it is important, even at the expense of the infringement of individual decision-making, not to make that the accepted situation — that you can have doctors prescribing these drugs and everyone can say "I want these drugs to commit suicide, and I want to stock up on them."

I have a belief that giving people control reduces suffering, even if they never exercise that control. However, I do not go as far as saying that the control should be to permit you to have yourself killed by someone else. I believe you should let people have pain relief medication that they can administer themselves. In fact, some of our palliative care people will talk about this. We have found in studies, where patients administer their own medication, that the amount of pain relief medication they use goes down. Part of the explanation is that they are less frightened about being left in pain. Fear of being left in pain can itself cause the pain to be augmented. I have tried to write about this. It is a gray, crossover area.

What we must deal with first are the clear cases: Can you give someone a lethal injection? Do you have the right to pain relief treatment that is reasonably necessary, as compared with the situation where someone stores drugs in order to commit suicide?

[Traduction]

Comme je vous l'ai dit tout à l'heure dans mon exposé, les partisans du libre-choix en matière d'euthanasie ont délibérément adopté cette terminologie pour que leur thèse soit plus facile à accepter par les gens. Je crois qu'il nous faut faire bien attention de ne pas faire comme eux.

Je ne suis certainement pas d'accord avec les médecins qui administrent des injections mortelles et je ne considère pas qu'il s'agisse dans un tel cas de suicide assisté. À mon avis, c'est un homicide, et la question est de savoir s'il est justifiable ou non. Si nous légalisons l'euthanasie, ce sera un homicide justifiable. Ne faussons pas tous les principes de base de notre droit pénal pour que cette pratique ait l'air d'autre chose que ce qu'elle est, pour qu'elle devienne propre et acceptable. C'est en fait ce que l'on cherche à faire ici.

La deuxième question que vous évoquez, qui est très importante et bien plus difficile, nous oblige à faire une analyse complexe de l'intention véritable du droit pénal, de la nature des motifs, des liens entre cette intention et ces motifs et de la pertinence des motifs sur le plan de la responsabilité pénale. Que faire si vous êtes médecin — et c'est de loin le cas le plus courant — et lorsque vous savez, lorsque vous pouvez raisonnablement vous douter, ou lorsque vous devriez savoir — et chacune de ces situations entraîne une responsabilité différente en droit — qu'une personne vient vous demander de lui prescrire des médicaments parce qu'elle veut les accumuler et s'en servir pour se suicider. Il est très difficile pour moi de vous expliquer le problème sans me mettre dans une situation difficile qui m'oblige à vous dire quelle doit être la position que nous devrions adopter en la matière. Je ne crois pas qu'il nous faille chercher à tout prix à empêcher les gens de faire ce genre de chose.

D'un autre côté, il est important, même si l'on doit pour cela empiéter sur le pouvoir de décision de chacun, de ne pas accepter ouvertement cette situation et de permettre que des médecins puissent prescrire ces médicaments lorsque quelqu'un vient leur dire «Je vais faire une réserve de ces médicaments pour me suicider.»

J'ai la conviction qu'il faut donner aux gens un pouvoir de contrôle pour qu'ils puissent alléger leurs souffrances, même s'ils n'exercent jamais ce pouvoir. Toutefois, je ne vais pas jusqu'à dire que ce pouvoir de contrôle doive vous permettre de demander à quelqu'un d'autre de vous tuer. À mon avis, on doit permettre aux gens d'obtenir des médicaments allégeant la douleur qu'ils peuvent s'administrer d'eux-mêmes. Un certain nombre de nos responsables des soins palliatifs évoquent d'ailleurs cette possibilité. J'ai lu dans un certain nombre d'études que lorsque les malades s'administrent eux-mêmes leurs médicaments, la quantité de médicaments contre la douleur qu'ils prennent diminue. Cela s'explique en partie parce qu'ils ont moins peur qu'on les laisse souffrir. La peur qu'on vous laisse souffrir augmente en soi la douleur. Je me suis efforcée d'aborder la question dans mes écrits. Il s'agit là d'une zone d'ombre, difficile à cerner.

Il nous faut d'abord régler les cas bien délimités: Peut-on administrer à quelqu'un une injection mortelle? A-t-on le droit de dispenser un traitement contre la douleur qui est raisonnablement nécessaire, comparativement à la situation qui se présente

[Texte]

I would not be over-fanatic about pursuing such people, but neither would I allow that practice to be legitimized.

Senator Beaudoin: I should now like to deal with the question of individual rights. I understand that, in your mind, there is no such thing as the right to die as an individual right? I just ask the question; I do not presume anything.

Ms Somerville: There has been a very unfortunate use of language. This is one of our confusions of language.

There is an interesting comparison with cases dealing with the right to refuse treatment in the United States.

Senator Beaudoin: Well, there is no problem with that.

Ms Somerville: Can I just explain, please? For instance, in the *Cruzan* case — which is a decision of the United States Supreme Court — the court termed what they were doing in allowing the treatment to be withdrawn — if it could be withdrawn — from Nancy Cruzan as being recognition of her right to die. The Canadian courts, on the whole, have not done that. The Canadian courts have recognized an individual's right to autonomy, and therefore to decide for themselves whether or not to have treatment, and a right to refuse treatment. That right to refuse treatment actually ends up in you being dead, in certain circumstances, but it does not create the right to die.

Going back to the American courts, in fact an article in a recent *Harvard Law Journal* indicates that the Supreme Court of the United States has said there is a right to die. That must mean someone else has an obligation to help you to die. There is no difference between withdrawing treatment and having a lethal injection. Therefore, this is a step towards administering lethal injection.

My problem with the right to die, therefore, is that even though it came out of the context of the right to refuse treatment, it meant you had a right — actually, it is a right not to be officiously kept alive or to have your dying prolonged. However, if it is a right to die, then you can exercise that right by having someone else kill you. In fact, Professor Peggy Battin suggests in an article that the right to die — and she is pro-euthanasia — can be converted to an obligation to be killed. That is the next step. Someone else then has a duty to kill you. That is the danger in the right-to-die situation.

Senator Beaudoin: That is why you would not give effect to a will where a person is asking to die in certain circumstances?

Ms Somerville: What do you mean by that?

Senator Beaudoin: Because there is no such right.

[Translation]

lorsqu'une personne fait une réserve de médicaments pour se suicider? Je ne ferai pas des pieds et des mains pour poursuivre ces personnes, mais d'un autre côté je ne suis pas pour qu'on légitime cette pratique.

Le sénateur Beaudoin: J'aimerais maintenant aborder la question des droits individuels. Si j'ai bien compris, dans votre esprit, il n'y a pas de droit individuel qui confère à une personne le droit de mourir? Je vous pose simplement la question; je ne préjuge pas de la réponse.

Mme Somerville: On a utilisé des expressions très malheureuses. Il s'agit d'une confusion de langage.

On peut faire une intéressante comparaison avec les affaires qui traitent du droit de refuser un traitement aux États-Unis.

Le sénateur Beaudoin: Le problème ne se pose pas dans ce cas.

Mme Somerville: Laissez-moi terminer l'explication. Ainsi, dans l'arrêt *Cruzan* — qui a été prononcé par la Cour suprême des États-Unis — la cour a jugé qu'en autorisant l'abandon du traitement dispensé à Nancy Cruzan — si on autorisait cet abandon — on reconnaissait ainsi son droit de mourir. Globalement, les tribunaux canadiens n'ont pas procédé ainsi. Ils ont reconnu le droit de chaque individu à l'autonomie de la volonté et donc à décider par eux-mêmes s'ils veulent ou non un traitement, ce qui implique le droit de refuser le traitement. Ce droit de refuser le traitement débouche en fait sur la mort, dans certaines circonstances, mais il n'implique pas l'existence du droit de mourir.

Pour ce qui est des tribunaux américains, un article publié récemment dans le *Harvard Law Journal* indique par contre que la Cour suprême des États-Unis a déclaré l'existence d'un droit de mourir. Cela signifie nécessairement que quelqu'un d'autre a l'obligation de vous aider à mourir. Il n'y a pas de différence entre le fait de retirer un traitement et celui d'administrer une injection mortelle. C'est donc un pas sur la voie de l'administration d'une injection mortelle.

Ce que je reproche au droit de mourir, par conséquent, c'est que même s'il est posé dans le cadre du droit de refuser un traitement, il s'agit effectivement d'un droit qui est en fait celui de ne pas être maintenu en vie artificiellement ou de ne pas avoir une agonie prolongée. Toutefois, s'il s'agit du droit de mourir, il est possible d'exercer ce droit en demandant à être tué par quelqu'un d'autre. Effectivement, la professeure Peggy Battin laisse entendre dans un article que le droit de mourir — et elle est pour l'euthanasie — peut être transformé en l'obligation d'être tué. C'est l'étape suivante. Quelqu'un d'autre a alors le devoir de vous tuer. C'est le danger que présente le droit de mourir.

Le sénateur Beaudoin: C'est pourquoi vous ne donneriez pas suite à un testament dans lequel une personne demande à mourir dans certaines circonstances?

Mme Somerville: Qu'entendez-vous par là?

Le sénateur Beaudoin: Parce que ce droit n'existe pas.

[Text]

Ms Somerville: I would give effect to it. If a person writes a living will and says "I refuse all treatment, absolutely everything," I would sue anybody who tried to give treatment to that individual, providing I was convinced that this is what they really meant, and that they were competent when they made the will. No, I have no problems with letting an individual die through refusing treatment.

Senator Gigantès: I have always been haunted by the John Robarts case, a former premier of Ontario, a very vigorous, lusty man. Three strokes turned him into something which horrified him. He did not want to live, being cared for and not being able to indulge his appetites. So he very considerably stepped into a bathtub, pulled the curtain so as to keep the mess contained, and blew his brains out. Is this legal?

Senator Beaudoin: It is a suicide.

Senator Gigantès: Hold on, please. I want to ask a series of questions. Is this legal?

Ms Somerville: It is not illegal, which is different.

Senator Gigantès: So he did have the right to do it, then, if it is not illegal?

Ms Somerville: That is why I say it is not illegal because if it is legal, he has the right to do it. If it is not illegal and I was there and interfered with him, I would argue that under a defence of necessity — because I would be touching him without his consent and therefore assaulting him — that I would have a defence against the crime of assault. It would be a situation of necessity, which has four conditions, all of which would be fulfilled. Therefore, I could interfere with him. This is the problem with saying that it is legal. It means that you cannot interfere with him.

Senator Gigantès: But he did have the right to do it?

Ms Somerville: He has the right to do it.

This is the problem with respect to Mr. Chief Justice Lamer's judgment, because if he has a right to do it, I have a duty not to interfere with him doing it. That is certainly not how we act in any Canadian hospital at present, I can tell you that for sure.

Senator Gigantès: Say a few months later, if John Robarts had not shot himself then, he would not have been capable of pulling the trigger. What changes in that situation? What is the change in the ethics? He clearly wanted to die.

Ms Somerville: Senator Gigantès, the first thing we must face is that life is a fatal illness. Eventually, all of us will be faced with this situation of dying. Whether it is a few minutes, a few months, a few years, it is still relative, and relatively short for all of us in the bigger scale of things. What we must think about is not if we die, but how we die. Euthanasia proposes that we consciously choose someone to kill us. I can understand that for the individual.

[Traduction]

Mme Somerville: J'y donnerais suite. Si en rédigeant son testament une personne déclare: «Je refuse absolument tout traitement, quel qu'il soit,» je suis prête à intenter des poursuites à quiconque déciderait d'administrer un traitement à cette personne, à condition que je sois convaincue que c'était bien là la volonté de la personne en cause et qu'elle était lucide lorsqu'elle a rédigé son testament. Non, je ne vois aucune objection à ce qu'on laisse mourir une personne qui refuse tout traitement.

Le sénateur Gigantès: J'ai toujours été hanté par le destin de John Robarts, l'ancien premier ministre de l'Ontario, un homme solide et vigoureux. Trois attaques cérébrales l'ont laissé dans un état qu'il ne pouvait supporter. Il ne voulait plus continuer à vivre et être soigné sans pouvoir se débrouiller normalement. C'est donc en toute connaissance de cause qu'il est entré dans sa baignoire, qu'il a tiré le rideau pour ne pas éblouir partout et qu'il s'est fait sauter la cervelle. Est-ce légal?

Le sénateur Beaudoin: C'est un suicide.

Le sénateur Gigantès: Attendez un peu. J'ai toute une série de questions à poser. Est-ce légal?

Mme Somerville: Ce n'est pas illégal, ce qui est différent.

Le sénateur Gigantès: Il avait donc le droit de le faire si ce n'est pas illégal?

Mme Somerville: C'est pourquoi je dis que ce n'est pas illégal, parce que si c'était légal, il avait le droit de le faire. Si ce n'est pas illégal et si je me trouve là et que je l'empêche d'agir comme il l'a fait, je pourrais alléguer l'obligation de secourir autrui — parce que je serais intervenue de force sans son consentement, commettant ainsi une voie de fait — et j'aurais un moyen de défense pour répondre de l'accusation de voie de fait. Pour alléguer l'obligation de porter secours à autrui, il faut quatre conditions, et toutes les quatre seraient réunies dans ce cas. Cela me permettrait donc d'intervenir. C'est le problème lorsqu'on dit que c'est légal. Cela signifie que l'on ne peut pas intervenir.

Le sénateur Gigantès: Mais il avait le droit de le faire?

Mme Somerville: Il avait le droit de le faire.

C'est le problème que pose le jugement du juge en chef Lamer, parce que s'il avait le droit de le faire, j'ai l'obligation de ne pas l'empêcher. Ce n'est certainement pas la façon dont nous agissons dans les hôpitaux canadiens à l'heure actuelle, je peux vous le garantir.

Le sénateur Gigantès: Imaginons que quelques mois plus tard, si John Robarts ne s'était pas tiré une balle à ce moment-là, il n'ait plus été capable d'appuyer sur la gâchette. Qu'est-ce qui change dans une telle situation? Y a-t-il un changement sur le plan de l'éthique? De toute évidence, il voulait mourir.

Mme Somerville: Sénateur Gigantès, la première chose à laquelle nous sommes confrontés, c'est que la vie est une maladie mortelle. Nous finirons tous par devoir mourir. Que ce soit dans quelques minutes, dans quelques mois ou dans quelques années, notre temps est compté et il est relativement court sur l'échelle générale du temps. Nous ne devons pas nous demander si nous allons mourir, mais comment nous allons mourir. L'euthanasie suppose que nous allons décider en toute connaissance de cause

[Texte]

I also note that you use a personal, emotionally evocative case of an identified person. You are recreating for me exactly what I said was the problem in the *Rodriguez* case. It is very hard for me to give you an example of our society in Canada in the year 2020 with a fundamental principle that we are killed when we become old. That is really scary.

Senator Gigantès: I agree with you, but how about the doctor who, after I had an operation for cancer of the stomach in 1971 and was told I had six months to live, gave me a bottle of pills and told me how many I should not take because it would kill me?

Ms Somerville: He was treading on fine ground, but you did not take them, did you?

Senator Gigantès: No, I did not. The doctors were wrong by some 22 years and counting.

Ms Somerville: There are many of those stories, but I do not think those are the main stories against euthanasia, although that is an important point. Most doctors these days tend not to tell people how long they have to live, but you hear those stories.

Senator Gigantès: We will kill a suffering dog. You cannot save it. You love the dog. Some people love their dogs as much as themselves, and we kill to stop the suffering.

Ms Somerville: Yes. There is a very important passage that, I think, answers that question. There is a French psychoanalyst called Marie de Hennezel, who said:

I argue that euthanasia reflects a different world view, mediated through the myth of a good death.

I think her analysis shows some of the complexities that we are dealing with there. First she argues that a fine death is an illusion, a myth which people tell themselves in order to appease their anguish, and that our society is governed by the myth of a good death. She proposes that there are two versions of this myth. Think about our dog here. One version sees this myth of a good death as a discreet and rapid death, unconscious, and particularly of no bother to anyone else. This corresponds to a view of the world in which death is denied, medicine is all-powerful, caregivers see death of their patients as a failure, and death is experienced in great solitude with no guideposts or values. This is a world of affectivity, efficiency, performance, with priority given to cost-effectiveness and consumption, a world of objects, not of subjects; in short, a world stripped of souls and spirit, a world without love.

I would suggest to you that that is how we look at the dog. We love it, we like the things we own, but we feel ultimately that we can dispose of it and do what we want to it.

[Translation]

de demander à quelqu'un de nous tuer. Je peux comprendre cela au plan individuel.

Je constate par ailleurs que vous nous citez un cas personnel, évocateur sur le plan affectif et qui concerne une personne bien déterminée. Vous recréez exactement la difficulté que j'ai évoquée dans l'affaire *Rodriguez*. Il est très difficile pour moi de vous citer un exemple de notre société canadienne en l'an 2020 qui s'appuierait sur le principe fondamental voulant que l'on est tué une fois devenu vieux. C'est absolument terrifiant.

Le sénateur Gigantès: Je suis d'accord avec vous, mais que dire du médecin qui, après mon opération du cancer de l'estomac en 1971, m'a dit que je n'avais plus que six mois à vivre et m'a donné un flacon de pilules en me précisant la quantité que je ne devais pas prendre si je ne voulais pas en mourir?

Mme Somerville: Il était sur un terrain très glissant, mais vous ne les avez pas prises, n'est-ce pas?

Le sénateur Gigantès: Non. Les médecins se sont trompés de quelque 22 ans, et ce n'est pas fini.

Mme Somerville: Il y a de nombreuses histoires de ce genre, mais je ne crois pas que ce soit la principale raison qui milite contre l'euthanasie, même si je considère que c'est un argument important. Aujourd'hui, la plupart des médecins ont tendance à ne pas dire aux gens combien de temps il leur reste à vivre, mais on entend ce genre d'histoire.

Le sénateur Gigantès: On tue un chien qui souffre si on ne peut pas le sauver. On aime ce chien. Il y a des gens qui aiment leur chien autant qu'eux-mêmes et qui vont le tuer pour lui éviter des souffrances.

Mme Somerville: Oui. Il y a dans un ouvrage un passage très important qui, je crois, répond à cette question. Une psychiatre française, Marie de Hennezel, y déclare:

Je soutiens que l'euthanasie reflète une vue différente du monde, transformée par le mythe de la bonne mort.

Je crois que son analyse souligne un certain nombre des complexités qui sont les nôtres ici. Tout d'abord, elle soutient que la bonne mort est une illusion, un mythe que les gens se représentent à eux-mêmes pour apaiser leur angoisse, et que notre société est réglée par le mythe d'une bonne mort. Selon elle, il y a deux versions à ce mythe. Pensons à notre chien, ici. L'une des versions de ce mythe de la bonne mort, c'est une mort rapide et discrète, inconsciente, qui surtout ne dérange personne d'autre. Cela correspond à une vision du monde dans laquelle la mort est niée, la médecine est toute puissante, le personnel soignant considère la mort des malades comme un échec, et la mort est ressentie comme une grande solitude dénuée de repères et de valeurs. C'est un monde affectif, efficient, axé sur la performance, la priorité étant accordée à la rentabilité et à la consommation, un monde d'objets et non pas de sujets; bref, un monde dénué d'âme et d'esprit, un mode sans amour.

Je dois vous dire que c'est la façon dont nous considérons ce chien. Nous l'aimons, nous aimons les choses que nous possédons, mais nous considérons finalement que nous pouvons en disposer comme bon nous en semble.

[Text]

The other view of a good death comes from a new humanism, trying to bring life and death together as one; an accompanied death, a socialized death, one experienced in lucidity up to the end becomes the desired good death. The view of the world behind this vision is a much less certain one. In fact, its essence is recognition of the uncertainty of many of us about the meaning of life and death, of the need for sensitivity to others and the humility to allow others to experience in their own way, not our way, and that there are possibilities of the extremes of either nothingness or the mystery of the beyond.

Marie de Hennezel concludes that it is an appeal to change our way of loving, and that this new concept of dying well is no longer an illusion or a myth but a permission to experience one's death as one wishes, to experience it fully with the assurance of being loved and accepted, no matter what.

Senator Gigantès: How about the love of the person who wants to end his life so as not to be a burden upon those he or she loves?

Ms Somerville: That is a good argument, but I think that is not the expression of love that we should accept. My own personal view is that that is too dangerous for society.

Senator Gigantès: Thank you very much.

Senator DeWare: We have had excellent witnesses before us from palliative care groups. They have told us that they give social and physiotherapy care to all their people. One of them told us that they had a patient whom they were keeping comfortable to the end of his days, and that in order to keep that patient comfortable they had to sedate him to the point where he was asleep for the last four or five days of his life, because that is what the patient wished. How do you define the line between that and euthanasia?

Ms Somerville: I do not have a problem with that. I think that is absolutely appropriate. It is not just a difference in degree between allowing someone to die of "natural causes" and giving them a lethal injection. That is not simply a matter of a small change. That is the single biggest division that we have always kept in our law, in our ethics and in our society. That is what I think. I do not have a problem with people who do not want to eat and do not want to drink. That happens. But I do have a problem with giving people lethal injections. That is such a radical change. Neither do I have a problem with people who want to take drugs to be calm or asleep or whatever, if that is what they want.

Senator DeWare: Is there another definition of "assisted suicide" other than "giving a lethal injection"?

[Traduction]

L'autre vision d'une bonne mort part d'un nouvel humanisme, s'efforce de rassembler la vie et la mort; une mort accompagnée, une mort socialisée, une mort que l'on attend lucidement jusqu'à la fin et qui devient la bonne mort que l'on peut souhaiter. La vision du monde que cela sous-tend est bien moins claire. Elle participe finalement de l'incertitude qui est la nôtre face au sens à donner à la vie et à la mort, de la nécessité d'être sensible à la condition des autres et d'être suffisamment humble pour laisser les autres faire leurs expériences à leur façon et non pas à la nôtre, et de la prise de conscience de l'indicible, qu'il s'agisse du néant ou des mystères de l'au-delà.

Marie de Hennezel conclut qu'il s'agit là d'un appel à changer notre façon d'aimer et que cette nouvelle philosophie devant permettre de mourir dans de bonnes conditions n'est plus une illusion ou un mythe mais la faculté de faire l'expérience de sa propre mort comme on l'entend, en étant pleinement assuré d'être aimé et accepté, quoi qu'il arrive.

Le sénateur Gigantès: Que dire de l'amour d'une personne qui veut mettre fin à sa vie parce qu'elle ne veut plus être un fardeau pour ceux qu'elle aime?

Mme Somerville: C'est un bon argument, mais je crois que ce n'est pas une preuve d'amour que l'on doit accepter. De mon point de vue purement personnel, c'est trop dangereux pour la société.

Le sénateur Gigantès: Merci beaucoup.

Le sénateur DeWare: Nous avons eu d'excellents témoins qui ont comparu au nom des groupements de soins palliatifs. Ils nous ont dit qu'ils apportaient un réconfort et dispensaient des traitements de physiothérapie à tous les malades dont ils s'occupaient. L'un d'entre eux nous a déclaré qu'il avait eu un malade dont on avait assuré le confort jusqu'à la fin de ses jours et que, pour ce faire, il avait fallu lui administrer un traitement sédatif si poussé qu'il était resté endormi pendant les quatre ou cinq derniers jours de sa vie, parce que tel était le souhait de ce malade. Où tracez-vous la ligne de démarcation entre ce genre de situation et l'euthanasie?

Mme Somerville: Je n'ai aucune difficulté à concevoir ce genre de situation. Je la trouve tout à fait normale. Il n'y a pas simplement une différence de degré entre le fait de permettre à quelqu'un de mourir «de causes naturelles» et celui de lui administrer une injection mortelle. Il ne s'agit pas là simplement d'une petite évolution mineure. C'est la ligne de démarcation la plus importante que nous avons toujours conservée dans notre droit, dans notre morale et dans notre société. C'est comme ça que je vois les choses. Je ne vois rien à redire à ce qu'une personne refuse de manger ou de boire. C'est une chose qui arrive. Je m'objecte cependant à ce que l'on administre aux gens des injections mortelles. Le changement est fondamental. Je ne vois non plus aucune objection à ce que les gens refusent de prendre des médicaments pour se calmer, pour s'endormir ou pour autre chose, si c'est ça qu'ils veulent.

Le sénateur DeWare: Y a-t-il une autre définition du «suicide assisté» que celle qui consiste à «administrer une injection mortelle»?

[Texte]

Ms Somerville: We have to be very careful. That is why we have to make these divisions. You can put all of these things on a continuum and then you can argue that everything on the continuum is of the same name, therefore if you allow some of these you should allow all of them in order to be logical, consistent and rational. I am arguing that they are not all on the same continuum, and certainly giving lethal injections is not on what I would call the continuum of care.

You can practice euthanasia by turning off a respirator. For instance, you have Nancy B. lying there and saying, "I want to go on this respirator for as long as I can live", and the hospital saying, "We want to turn it off because it's too expensive and you're never going to get off it." In fact, we had a case in Montreal on which we went to court because the intensive care physician said, "It is useless continuing this respirator. We are going to turn it off", and the family said, "You are not going to turn it off. We want this kept on for as long as this can go on."

It is only when the turning off is justifiable, and usually it is justifiable if the person has consented, either at the time or in advance, or — and this is more debatable — it is considered futile treatment.

However, the trouble is that once you get into the area of "futile treatment," you then have value judgments. We have to have some reasonable assessment there, but we have to be very careful with those decisions. We have to be sure that we are not using them to get rid of people who we think are too much of a burden to us.

Senator DeWare: That is a point of concern which we have in society today. Some have said that the medical costs are creating a problem. I would hope that in this country no one would ever think that anyone would agree that euthanasia was legal for that purpose.

Ms Somerville: One of the other characteristics of our end-of-the-twentieth-century society is a search for certainty. Uncertainty gives rise to anxiety, anxiety gives rise to fear, fear can give rise to hostility, and the people most often confronted with that fear are politicians, with the public saying, "Do something". What can be called the "do something" syndrome is usually the public trying to assuage its uncertainty and its anxiety.

When faced with these difficult decisions about when to withdraw a respirator, it is not easy to say, "You can always turn it off", or "You can never turn it off." Those two poles are easy. You can say, "You can never turn it off", or, "You can simply always turn it off." Again, in my view, neither of those are the correct position, either ethically or legally. In some cases it will be ethically and legally acceptable to turn it off. *Nancy B.* is the paradigm example. In other cases it would be ethically and legally wrong, in which case turning it off would be the same as

[Translation]

Mme Somerville: Il faut être très prudent. C'est pourquoi il nous faut établir ces distinctions. On pourrait établir une simple gradation et mettre toutes ces choses sur le même plan en disant qu'à partir du moment où on en autorise certaines, il est logique, cohérent et rationnel d'autoriser tout le reste. Je soutiens pour ma part qu'il n'y a pas une simple gradation portant sur des choses se situant sur un même plan et que bien évidemment le fait d'administrer une injection mortelle ne fait pas partie de l'ensemble constitué par ce que j'appellerais les soins de santé.

On peut pratiquer l'euthanasie en débranchant un respirateur. On pourra ainsi avoir, par exemple, une *Nancy B.* grabataire qui déclare: «Je veux être branchée sur ce respirateur tant que je vivrai», l'hôpital disant de son côté: «Nous voulons le débrancher parce qu'il coûte trop cher et que vous en serez toujours dépendante.» Nous en avons eu d'ailleurs un exemple à Montréal et nous avons dû aller en justice parce que le médecin du département des soins intensifs avait déclaré: «Il est inutile de continuer à faire fonctionner ce respirateur. Nous allons le débrancher», la famille alléguant pour sa part: «Nous ne voulons pas qu'il soit débranché. Nous voulons qu'il fonctionne tant que le malade est en vie.»

On ne peut agir ainsi que lorsque le débranchement est justifiable, et généralement il ne l'est que si la personne y a consenti, soit au moment considéré, soit à l'avance, ou — et la question est plus épineuse — si l'on considère que ce traitement est inutile.

Toutefois, la notion de «traitement inutile» soulève des difficultés en ce sens qu'il faut faire des jugements de valeur. Il faut procéder à une évaluation raisonnable dans un tel cas, mais l'on doit être très prudent lorsqu'on prend ce genre de décisions. Il faut être bien sûr de ne pas les avoir prises pour se débarrasser des gens que nous considérons comme un trop lourd fardeau.

Le sénateur DeWare: C'est un sujet de préoccupation dans la société actuelle. Certains disent que le problème vient de l'augmentation des frais médicaux. J'espère qu'on ne pourra jamais dire dans notre pays que l'on veut légaliser l'euthanasie pour cette raison.

Mme Somerville: Une autre des caractéristiques de notre société de la fin du XXe siècle, c'est la recherche de certitudes. L'incertitude crée l'anxiété, l'anxiété crée la peur, la peur peut entraîner l'hostilité, et les gens qui sont le plus souvent confrontés à cette peur sont les responsables politiques, auxquels l'opinion publique demande «Faites quelque chose». Ce que l'on peut appeler le syndrome du «faites quelque chose», c'est généralement l'expression du public qui est en proie à l'incertitude et qui s'efforce d'apaiser ses craintes.

Face aux décisions difficiles qui doivent être prises lorsqu'il s'agit de débrancher un respirateur, il est trop facile de dire «Vous pouvez toujours le débrancher» ou «Vous ne pouvez jamais le débrancher». Ces deux extrêmes ne sont ni l'un ni l'autre la bonne position à adopter à mon avis, que ce soit sur le plan du droit ou de la morale. Dans certains cas, il sera moralement et légalement acceptable de le débrancher. L'affaire *Nancy B.* en est le meilleur exemple. Dans d'autres cas, ce sera mal sur le plan de la morale comme sur celui du droit, auquel cas un débranchement

[Text]

euthanasia. It is no different from the lethal injection. It is just achieving death through a different means. Therefore it is not the fact that you end up dead, but how you end up dead that is the issue.

Senator DeWare: And who makes those decisions.

Ms Somerville: Yes, and who makes the decisions.

Senator Lavoie-Roux: I want to thank you for your presentation. You are giving us terms of reference for further analysis.

In relation to the difficulty that people in general have in defining the term "euthanasia", what use should be made of general surveys that are being taken now? I know that a member of Parliament made a survey in his riding, and that a minister made a survey in his church. We have a figure of 70 per cent in favour amongst the general public.

Senator Gigantès: The Liberal Party just rejected doctor-assisted suicide at its recent convention.

Senator Lavoie-Roux: I know it is a great party, but —

Senator Gigantès: It is a survey. Two thousand delegates voted. It is a survey.

Senator Lavoie-Roux: In your eyes, are there any survey questions that can be sufficiently well defined? When people are asked whether they are for or against euthanasia, they generally say, "It is good that they will not suffer, so yes, I am for euthanasia." Do you believe that any survey could be a valid tool?

Ms Somerville: You have raised two connected issues, but they need to be dealt with separately. One issue is the language used in the questions that are asked, and that comes back to the definition of euthanasia. It has to be very clear. People should not be asked whether they agree with euthanasia, but whether they agree with doctors giving lethal injections to people and, if so, under what conditions. Does the patient have to be dying? Do they just have to want it? Do they have to be adults? Could they be newborn babies? There are a great number of things that must be asked.

The other issue relates to my question about why we are engaging in death talk in all our modern western democracies. You can get some very interesting statistics on surveys. I believe that carrying out surveys, and collecting people's responses, is part of the death talk debate and it probably does not reflect the reality.

In the United States, there have been referenda on euthanasia — one in Washington State, two in California, and one in Illinois. This was also true for the Wisconsin Medical Association where approximately 2,000 physicians were polled. In all those cases

[Traduction]

s'apparentera à l'euthanasie. Ce n'est pas différent d'une injection mortelle. On ne fait que donner la mort par un autre moyen. Par conséquent, l'important ce n'est pas qu'on soit mort, c'est la façon dont on est mort.

Le sénateur DeWare: Et l'identité de la personne qui prend la décision.

Mme Somerville: En effet, et l'identité de la personne qui prend la décision.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je tiens à vous remercier de votre exposé. Vous nous avez fourni un cadre auquel nous pourrions nous référer à l'avenir.

Pour ce qui est de la difficulté qu'ont les gens en général à définir le terme «d'euthanasie», quel est l'usage que l'on peut faire des sondages d'opinion publique qui sont effectués à l'heure actuelle? Je sais qu'un député a procédé à un sondage dans sa circonscription et qu'un ministre en a fait de même au sein de sa congrégation religieuse. Il en résulte que dans le public en général, 70 p. 100 des gens sont pour.

Le sénateur Gigantès: Le parti libéral vient de rejeter le suicide assisté par un médecin lors de son dernier congrès.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je sais que c'est un grand parti, mais...

Le sénateur Gigantès: C'est un sondage. Deux mille délégués ont voté. C'est un sondage.

Le sénateur Lavoie-Roux: À vos yeux, est-ce que les questions posées dans les sondages sont suffisamment bien définies? Lorsqu'on demande aux gens s'ils sont pour ou contre l'euthanasie, ils se disent de manière générale: «Il est bon que ces gens ne souffrent pas, donc oui, je suis pour l'euthanasie.» Pensez-vous qu'un sondage puisse être un outil approprié?

Mme Somerville: Vous venez de soulever deux questions liées entre elles mais qu'il nous faut traiter séparément. La première est celle de la formulation des questions qui sont posées, et cela nous ramène à la définition de l'euthanasie. Il faut que ce soit très clair. Il ne faut pas que l'on demande aux gens s'ils sont favorables à l'euthanasie, mais s'ils sont d'accord pour que les médecins administrent des injections mortelles aux gens et, dans l'affirmative, dans quelles conditions. Est-ce qu'il faut que le malade soit en train de mourir? Est-ce que ce doit être sur sa simple demande? Faut-il que ce soient des adultes? Est-ce qu'il peut s'agir de nouveau-nés? Voilà les nombreuses questions qu'il faut poser.

L'autre problème se ramène à la question que j'ai posée lorsque je me suis demandée pour quelles raisons on tenait ce discours sur la mort dans toutes nos démocraties occidentales modernes. On peut tirer des statistiques très intéressantes des sondages. Je considère que le fait de procéder à des sondages et de recueillir les réponses des gens alimente ce discours sur la mort et ne reflète probablement pas la réalité.

Aux États-Unis, il y a eu des référendums sur l'euthanasie — un dans l'État de Washington, deux en Californie et un en Illinois. Il y a aussi l'exemple de l'Association médicale du Wisconsin, qui a procédé à un sondage auprès de quelque 2 000 médecins. À

[Texte]

there was almost a uniform response at the level of polling. The question was: Do you approve of euthanasia? And 74 to 78 per cent of the surveys returned the answer "Yes". When it was actually put to a vote, none of the referenda attained more than 46 per cent of the vote, and it was very close. The Washington State referendum was 46-54 against euthanasia. Likewise, the Wisconsin Medical Association poll was approximately 45 per cent to 55 per cent against euthanasia.

With respect to the general public, one may think that perhaps they were confused when they answered the poll, and did not know what they were talking about. However, one could hardly think that the members of a medical association would not know what they had said when answering a poll agreeing with euthanasia, and why the result would be different when they actually voted on the issue.

My theory is that we need to talk about death. We need to feel that we have some control over death. In fact, the euthanasia debate is largely about having control over death, or at least control over suffering may be more accurate, and we feel that when we say "Yes" to this, we get a feeling of control. However, when we are actually faced with it as a reality that we would implement as part of the basis of our society, and in setting our symbolism and values, we take another perspective on it and we say that we want to have that for the purposes of feeling control over death, but we do not want to have it as part of our society.

I can relay one anecdotal incident which I know of from a physician who presented a paper at an American conference. She is a physician at Memorial Sloan-Kettering. One day a young man came in. He was 27 and had terminal cancer. He brought up the subject of euthanasia and that he was thinking of a lethal injection. She said that she discussed it with him for approximately 15 minutes and then she felt that she had to say to him, "I would not be prepared to give it to you. It is not only against the law, but it is against my own moral beliefs on whether that is the correct thing for a physician to do." She asked him, "Would you like me to transfer you to another physician who may not feel as I do about this issue? Which is not to say that they will give you euthanasia, but you may feel more comfortable." She said he looked at her and said, "Oh, no. You do not think I would be talking about this to you, do you, if I thought you would do it?"

I do not think that is true for everyone who wishes euthanasia, and I do not wish to be represented as having stated that that is the case. Some people genuinely want a lethal injection. However, we have to be very careful. Not everyone who says that they think euthanasia is a good idea really wants that to happen. In

[Translation]

l'étape du sondage, les réponses ont été dans tous les cas pratiquement uniformes. La question qui était posée était la suivante: Êtes-vous d'accord avec l'euthanasie? Entre 74 et 78 p. 100 des répondants ont dit «oui». Toutefois, lorsqu'on est passé effectivement au vote, il n'y a jamais eu plus de 46 p. 100 de réponses positives dans les référendums, les résultats se tenant d'assez près. Dans l'État de Washington, le résultat était de 46-54 contre l'euthanasie. De même, le vote au sein de l'Association médicale du Wisconsin a donné environ 45 p. 100 contre 55 p. 100 contre l'euthanasie.

Pour ce qui est du grand public, on peut penser que les gens étaient confus lorsqu'ils ont répondu au sondage et qu'ils ne savaient pas de quoi ils parlaient. Par contre, on peut difficilement imaginer que les membres de l'Association médicale ne savaient pas ce qu'ils disaient lorsqu'ils ont répondu au sondage en faveur de l'euthanasie et lorsqu'ils ont répondu ensuite différemment au moment où la question a été mise effectivement au vote.

Ma théorie, c'est que nous avons besoin de parler de la mort. Nous avons besoin de sentir que nous exerçons un certain contrôle sur la mort. En réalité, le débat sur l'euthanasie consiste en grande partie à s'interroger à propos du contrôle que nous pouvons exercer sur la mort, ou plus précisément du contrôle que nous pouvons exercer sur la souffrance, et nous avons l'impression qu'en répondant «oui», nous exerçons un certain contrôle. Toutefois, lorsqu'on nous place effectivement en face des réalités et lorsqu'il s'agit de mettre en application ce principe au sein de notre société en l'intégrant à nos valeurs symboliques, nous adoptons un autre point de vue et nous disons que nous en avons besoin pour avoir l'impression d'exercer un contrôle sur la mort mais que nous n'en voulons pas effectivement dans le cadre de notre société.

Je pourrais vous rapporter une autre anecdote que m'a contée une femme médecin ayant présenté une communication à une conférence américaine. Elle est médecin au Memorial Sloan-Kettering. Un jour, un jeune homme s'est présenté à l'hôpital. Il avait 27 ans et était atteint d'un cancer en phase terminale. Il a évoqué la possibilité de l'euthanasie et pensé à se faire administrer une injection mortelle. Elle en a discuté avec lui pendant une quinzaine de minutes, après quoi elle a estimé de son devoir de lui dire: «Je ne suis pas disposée à vous l'administrer. Ce n'est pas contre la loi, mais cela va à l'encontre de mes convictions morales et de ma conception du rôle du médecin.» Elle lui a alors demandé «Voulez-vous que je vous renvoie à un autre médecin qui n'aura peut-être pas le même point de vue que moi sur la question? Cela ne veut pas dire qu'il vous accordera l'euthanasie, mais vous vous sentirez éventuellement plus à l'aise.» À quoi son interlocuteur lui a répondu: «Non, n'en faites rien. Croyez-vous que je vous parlerais ainsi si je pensais que vous puissiez accéder à ma demande?»

Je ne crois pas que ça soit vrai de tous ceux qui réclament l'euthanasie, et je ne voudrais pas que l'on me fasse dire que je considère la chose ainsi. Il y a des gens qui veulent véritablement qu'on leur administre une injection mortelle. Il faut cependant être très prudent. Ce n'est pas parce que quelqu'un considère que

[Text]

some cases it is a mechanism for asking, "How can I have control over this situation that I am in?"

In that respect, probably the most startling question I have ever faced in my life was many years ago in Ottawa at a conference for the opening of the International Year of the Handicapped. I had prepared a speech and, rather naively, assumed those present would be hospital administrators or physicians, the regular type of conference people. When I arrived, I had never seen so many severely handicapped people in one place in my whole life. There were dogs with noses poking out from under tables who were accompanying blind people. There were people who could not even sit in a wheelchair because they were so crippled. I had written a pretty tough, bottom-line speech and wondered how I would be able to give it because it would be terrible in front of those people. Then I thought "What a coward!" If I was intending to say it anyway, I should just say it, and I did.

At the end of the speech, it was interesting that those present responded very positively. One woman rose and stated that she had a question for me. She stated that she was from Colorado which had the highest level quadriplegic unit in the world. At that time, in that unit, people could be kept alive who would die anywhere else in the world, and the only thing that they could do voluntarily is blow breath. She stated that they were thinking of having a board which would be activated by blowing on it with breath, and she asked me whether I thought it would be all right for them to put a button on that board that would shut off the whole life support system if a patient blew on it. She stated that they would not do it until six months after the person had been injured, so that he or she had had an opportunity to adjust, but after that time, they could blow on it.

At that time I found that an incredibly difficult question, and I did not know what to say. I no longer find it so difficult. I think, yes, they should have the right to switch it off. In fact I do not think they should even have to blow breath. If they say to someone that they want this switched off, they have the right to switch it off. We forget how far we have come on those issues. That incident occurred approximately 12 to 15 years ago.

Senator Keon: Your last statement threw me. I had a question ready for you. However, I take it that you think a severe quadriplegic has the right to ask someone to put him out?

Ms Somerville: No. I think he has the right to refuse treatment; not to have a lethal injection.

[Traduction]

l'euthanasie serait une bonne solution qu'il veut véritablement qu'on y ait recours. Dans certains cas, c'est une façon de demander: «Comment pourrais-je exercer un contrôle sur la situation dans laquelle je me trouve?»

À cet égard, la question probablement la plus stupéfiante à laquelle j'ai eu à répondre dans ma vie m'a été posée il y a de nombreuses années à Ottawa lors de la conférence d'ouverture de l'Année internationale des handicapés. J'avais préparé mon allocution et, assez naïvement, j'étais partie du principe que tous les assistants allaient être des médecins ou des administrateurs d'hôpitaux, les habitués de ce genre de conférence. Lorsque je me suis présentée à la conférence, je n'avais jamais vu de ma vie autant de personnes gravement handicapées réunies en un même endroit. Il y avait des chiens d'aveugle dont le nez pointait sous les tables. Il y avait des gens qui étaient si infirmes qu'ils ne pouvaient même pas s'asseoir dans une chaise roulante. J'avais rédigé un discours assez dur, qui ne faisait aucune concession, et je me suis demandée si je pouvais décemment le prononcer devant tous ces gens. Je me suis dit alors à moi-même «Quelle poule mouillée». Puisque j'étais prête à le faire au départ, il fallait y aller et qu'on en finisse. C'est ce que j'ai fait.

À la fin de mon discours, j'ai voulu savoir si les réactions de l'assistance étaient positives. Une femme a pris la parole et m'a dit qu'elle avait une question à me poser. Elle m'a déclaré qu'elle venait du Colorado, où l'on trouvait le service de soins pour les quadraplégiques le plus avancé dans le monde. À cette époque, on pouvait maintenir en vie dans ce service des gens qui seraient morts partout ailleurs dans le monde, et la seule chose qu'ils pouvaient faire d'eux-mêmes, c'était de souffler en respirant. Elle m'a dit que le service envisageait d'installer un tableau qui serait activé par le souffle d'une personne qui respire et elle m'a demandé si à mon avis il serait approprié d'équiper ce tableau d'un capteur qui débrancherait le système maintenant artificiellement en vie le malade à partir du moment où ce dernier soufflerait dessus. Elle m'a précisé que ce dispositif ne serait installé que six mois après l'accident subi par la personne en cause, pour que cette dernière ait le temps de s'adapter, mais qu'au bout de ce délai, elle aurait la possibilité de débrancher l'appareil en soufflant dessus.

À cette époque, j'ai considéré que cette question était extraordinairement délicate et je n'ai pas su quoi répondre. Je ne trouve plus aujourd'hui que ce soit si difficile. Je répondrai que oui, il faut donner à ces gens le droit de débrancher l'appareil. Je ne crois pas d'ailleurs qu'il soit nécessaire qu'ils aient à souffler sur le tableau. S'ils demandent à quelqu'un de débrancher l'appareil, ce dernier a le droit de le faire. Nous oublions à quel point nous avons évolué sur ces questions. Cet incident s'est produit il y a 12 ou 15 ans environ.

Le sénateur Keon: Votre dernière affirmation m'a désorienté. J'avais une question toute prête pour vous. J'en conclus cependant que vous considérez qu'un quadraplégique gravement atteint a le droit de demander à quelqu'un d'abréger ses souffrances.

Mme Somerville: Non. Je considère qu'il a le droit de refuser un traitement et non pas de se faire administrer une injection mortelle.

[Texte]

Senator Keon: I thought I heard you state that he had the right to ask someone to —

Ms Somerville: To turn off the life support system.

Senator Keon: I am sorry, I did not hear everything you had to say. I was looking forward to listening to you. However, I have read your brief.

I would like to separate the ethical and legal considerations here. Obviously, at this point euthanasia is illegal. The witnesses we have heard so far have mixed opinions as to whether it is ethical or unethical. I would like to begin by asking you whether you consider it ethical or unethical?

Ms Somerville: May I reply with a statement about order of analysis. Fifteen years ago we addressed issues such as euthanasia by asking, is it legal? If we said "No," then that was often the end of the debate. With the development of medical ethics, we moved into a new mode of analysis, and the order of analysis is important. We would ask, "Is it legal?" If we said, "Yes, it is legal," then we would ask, "Is it ethical?" We started to learn how to do ethical analyses of these medico-legal issues.

In the last five years maximum, and probably more like two to three years, we have switched the order of that analysis, and I believe we now ask — and it is interesting that you have adopted this approach in these committee hearings — "Is it ethical?" as the first question and, secondly, "Is it legal and does the law match the ethics?" That, again, makes a difference to our analysis because it alters the starting presumption and the start of the analysis. That starting point is not neutral in terms of outcome.

To answer whether I think euthanasia is ethical, I cannot give you a blanket "Yes" or "No" answer because it also depends on what theory of ethics is used, or whether a multi-variant analysis from an ethical perspective is used. For instance, if you are from the deontological school of ethics which states that there are absolute principles, you would ask, "Is it right to kill someone else?" and if you said, "No," you would say it is unethical; and if you said "Yes, in certain circumstances," and you had those circumstances prevailing, you would said "Yes, it is ethical."

On the other hand, if you were from a situational school of ethics, you would say, "What is the total situation that I am dealing with here and, in all of those circumstances, do I consider this ethical?" If you were from a virtue school, you would say, "What would I, as a virtuous person, do for this person who wants euthanasia?" You can then do those analyses at an individual level, that is, just you as the person who carries it out vis-à-vis the

[Translation]

Le sénateur Keon: Il m'a semblé que vous disiez qu'il avait le droit de demander à quelqu'un de...

Mme Somerville: De débrancher l'appareil qui le maintient artificiellement en vie.

Le sénateur Keon: Excusez-moi, je ne vous avais pas bien compris. J'avais hâte de vous entendre. Je n'en ai pas moins lu votre mémoire.

J'aimerais que l'on sépare ici les considérations morales de celles qui ont trait au droit. Il est évident qu'au moment où nous nous parlons l'euthanasie est illégale. Les témoins que nous avons entendus jusqu'à présent ne s'accordent pas entre eux lorsqu'il s'agit de savoir si cet acte est conforme ou non à l'éthique. Je vais vous demander tout d'abord si vous considérez qu'il est conforme à l'éthique ou qu'il est contraire à l'éthique.

Mme Somerville: Si vous me le permettez, je vais vous répondre par un rappel au sujet de la séquence d'analyse. Il y a 15 ans, nous abordions des questions telles que l'euthanasie en nous posant la question suivante: Est-ce légal? Si nous répondions par «non», le débat s'arrêtait bien souvent là. Avec le développement de l'éthique médicale, nous sommes passés à un autre mode d'analyse, et la séquence est importante. Nous nous posons la question suivante Est-ce légal? Si nous répondons par «oui, c'est légal» nous nous posons ensuite la question suivante «Est-ce conforme à l'éthique?». Nous avons appris à faire ainsi ces analyses du point de vue de l'éthique sur toutes ces questions médico-légales.

Il n'y a pas plus de cinq ans, et probablement pas plus de deux ou trois, nous avons inversé la séquence de cette analyse et il me semble que nous nous posons maintenant la question suivante — il est intéressant d'ailleurs que vous ayez eu recours à cette démarche dans ces audiences du comité — «Est-ce conforme à l'éthique?» en premier lieu, et ensuite «Est-ce légal et est-ce que le droit concorde avec l'éthique?». Je vous répète que cela fait une différence au plan de notre analyse parce que cela modifie l'hypothèse de départ et le début de l'analyse. Le point de départ n'est plus neutre par rapport à la conclusion.

Pour ce qui est de vous répondre et de vous dire si je considère que l'euthanasie est conforme à l'éthique, je ne peux pas vous répondre par «oui» ou par «non» sans réserve parce que tout dépend de la théorie de l'éthique que l'on retient ou de l'analyse à variables multiples dans laquelle s'inscrit cette théorie de l'éthique. Ainsi, si vous appartenez à l'école déontologique de l'éthique qui considère qu'il y a des principes absolus, vous allez vous poser la question suivante: «A-t-on le droit de tuer autrui» et si vous répondez par «non», vous allez dire que c'est contraire à l'éthique; par contre, si vous répondez par «oui, dans certaines circonstances» et que ce sont ces circonstances qui s'appliquent, vous allez dire «oui, c'est conforme à l'éthique.»

Par contre, si vous appartenez à l'école de l'éthique de type situationniste, vous allez vous poser la question suivante: «Quel est dans l'ensemble la situation à laquelle je suis confronté ici et, compte tenu de toutes ces circonstances, est-ce que la chose me paraît conforme à l'éthique?». Si vous appartenez à l'école de la vertu, vous allez vous poser la question suivante: «Moi qui suis quelqu'un de vertueux, qu'est-ce que je peux faire pour cette

[Text]

person who wants euthanasia, or you can do it at the societal level. You have to take into account the macro-ethical impact as well. In my view, you have to do all of those things.

My short answer to that difficult question is that no matter what you think at the individual level, and I am prepared to accept that some people think it is ethical at the individual level, it is not ethical at the societal level because of the enormous harm that it would do.

Senator Keon: I would like to pursue this a little further. Should euthanasia be legalized, we would then find ourselves in the position of trying to decide whether, at the societal level, it is ethical or not. Should we decide at the societal level that it is unethical, this would mean that the medical profession would not be allowed to participate in euthanasia without being divested of their medical licence.

Ms Somerville: That is not necessarily correct, senator. Again, there is a difference between individual ethics, professional ethics and societal ethics. Just because, as a physician, you do something that does not accord with societal ethics does not necessarily mean you have breached professional ethics. That may or may not be the case.

Senator Keon: However, I assume that the profession as a whole, through its societies, provincial colleges, discipline committees and so forth, would have to reach a decision on this issue.

Ms Somerville: It is an important point that you raise about the impact of this issue for the medical profession. In that I include the whole of the health care profession because it is the same thing for any of the licensed or registered professions.

When you consider how a health care professional, for example a physician, can breach the required standard of conduct, either because of ethics or because of law, there are four possibilities: first, it can be simply a breach of ethics, but it does not carry any other implications; second, it can be what is called unprofessional conduct, which is usually a breach of ethics that has the effect of breaching some regulatory code so that you are disciplined within your own profession. As you said, senator, you could then be deregistered, have your licence taken away, suspended or fined.

The third thing you can do is you can commit a civil wrong, the most common example of which is medical malpractice where you get sued in the civil courts. Fourth, you can be criminally liable.

[Traduction]

personne qui réclame l'euthanasie?». Vous pouvez alors procéder à ce genre d'analyse au niveau individuel, simplement vous en tant que personne qui doit réagir face à quelqu'un qui réclame l'euthanasie, ou pouvez le faire au niveau de l'ensemble de la société. Il vous faut tenir compte aussi des effets globaux du point de vue de l'éthique. À mon avis, il vous faut faire toutes ces choses.

Ma réponse sommaire à cette question difficile, c'est que quoi que l'on puisse penser au niveau individuel, et je suis prête à accepter que certaines personnes puissent considérer que cet acte est conforme à l'éthique au niveau individuel, il est contraire à l'éthique au niveau de la société en raison de l'énorme préjudice qu'il est susceptible de causer.

Le sénateur Keon: J'aimerais poursuivre un peu dans cette veine. Si l'euthanasie était légalisée, nous nous retrouverions dans une situation qui nous oblige à décider si, au niveau de la société, c'est conforme ou non à l'éthique. Si nous jugeons qu'au niveau de la société c'est contraire à l'éthique, il s'ensuit que les membres de la profession médicale ne seraient pas autorisés à pratiquer l'euthanasie et risqueraient de perdre s'ils le faisaient leur licence professionnelle.

Mme Somerville: Ce n'est pas nécessairement ainsi que les choses vont se passer, sénateur. Là encore, il y a une distinction à faire entre l'éthique individuelle, l'éthique professionnelle et l'éthique de la société. Ce n'est pas parce qu'un médecin fait quelque chose qui va à l'encontre de l'éthique de la société qu'il enfreint nécessairement l'éthique professionnelle. C'est possible, mais ce n'est pas automatique.

Le sénateur Keon: J'imagine cependant qu'il incombera à l'ensemble de la profession, par l'entremise de ses associations, des collèges provinciaux, des comités de discipline, et cetera, de prendre une décision en la matière.

Mme Somerville: Vous abordez un sujet important en évoquant l'effet qu'aura cette question sur la profession médicale. J'entends par là l'ensemble de la profession médicale, car ce sera la même chose pour toutes les professions accréditées ou régies par un ordre.

Prenons le cas d'un professionnel de la santé, par exemple d'un médecin, qui enfreint le code de conduite exigé de lui, que ce soit sur le plan de l'éthique ou du droit, quatre possibilités s'offrent alors: tout d'abord, il peut s'agir simplement d'un manquement à l'éthique, sans que cela ait d'autres implications; en second lieu, il peut s'agir d'une conduite que l'on qualifie de non professionnelle, qui est généralement un manquement à l'éthique qui a pour effet d'entraîner une infraction au code de conduite de l'ordre professionnel, de sorte qu'une mesure disciplinaire est prise à l'intérieur de la profession. Comme vous venez de le dire, sénateur, le coupable peut alors être rayé de la profession, perdre sa licence, être suspendu ou se voir infliger une amende.

En troisième lieu, il peut s'agir d'un délit civil, l'exemple le plus courant étant celui d'une faute professionnelle commise par un médecin pour laquelle il peut être poursuivi devant les tribunaux civils. En quatrième lieu, il peut y avoir une responsabilité pénale.

[Texte]

One act can actually be all of those things: unethical, unprofessional, negligent and criminal, or it may be any one of them. For instance, you could do something that was criminal and argue that it was not unethical. Your colleagues may say to you that it was not unprofessional conduct.

Senator Keon: A criminal act in the discipline committees of Canadian medical society means the end of the privilege of practising medicine.

Ms Somerville: It depends what sort of criminal act it is.

Senator Keon: That does not require any further discussion.

Ms Somerville: Breaching the speeding code is a criminal act. If it is related to your profession, if it is something that would reduce you in the eyes of right-thinking professionals, then it is a problem.

The Chairman: Dr. Somerville, I would very much like to continue this discussion. I have not been able to ask you any questions myself, but I will take you up on your offer to send you some questions on which I would like some clarification. I thank you very much for your presentation to us today.

Honourable senators, we have with us now Dr. Marcel Boisvert, who is an associate of Dr. Balfour Mount who was with us last week. Dr. Mount spoke very highly of Dr. Boisvert. I believe that the doctor will start his presentation with a few slides.

Dr. Marcel Boisvert, Palliative Care Physician, Royal Victoria Hospital and Assistant Professor of Medicine, Oncology Division, McGill University: Thank you for inviting me to appear before you today, Madam Chairman. I must ask for a bit of tolerance since your invitation was on short notice. I have produced a few notes. They do not at all pretend to be a thesis on euthanasia and assisted suicide. They are in two parts: first, there are a few preliminary remarks, the first few of which I think you will recognize as quite à propos after Dr. Somerville's presentation; second, there are some points that I have lettered, which are what I would call my landing lights in a very grey, very difficult topic.

I have asked permission to start with some slides. The reason I want to do this is not at all to be sensationalistic. On the contrary, you have just had a one-hour perfect example of how this debate can be totally removed from human beings who are now dying in my beds. This is where I want to start.

I will show you a few pictures of patients. To put your conscience and mine at ease, all these patients have signed a paper to have their picture taken. They know it will be for teaching, whatever that means. I think this is a teaching exercise in some ways. I do not apologize for them. Brace yourselves; some of the

[Translation]

On peut commettre les quatre délits à la fois: manquement à l'éthique, comportement non professionnel, négligence ou infraction pénale, ou seulement l'un des quatre. On peut par exemple commettre une infraction pénale et soutenir qu'elle n'est pas contraire à l'éthique. Les collègues de l'intéressé pourraient lui dire qu'il n'a pas commis de faute professionnelle.

Le sénateur Keon: Si le comité de discipline de l'Association médicale canadienne constate qu'une infraction pénale a été commise, l'intéressé perd son droit de pratiquer la médecine.

Mme Somerville: Tout dépend de l'infraction pénale dont il s'agit.

Le sénateur Keon: Cela ne souffre pas de discussion.

Mme Somerville: Un excès de vitesse est une infraction pénale. S'il se rattache à votre profession, si c'est quelque chose qui vous diminue aux yeux de vos collègues qui suivent les règles de la profession, il y a alors un problème.

La présidente: Madame Somerville, j'aimerais beaucoup poursuivre cette discussion. Je n'ai pas pu vous poser moi-même de questions, mais je vais accepter votre offre et vous faire parvenir un certain nombre de questions sur des points que j'aimerais éclaircir. Merci beaucoup de l'exposé que vous nous avez présenté aujourd'hui.

Honorables sénateurs, nous accueillons maintenant le D^r Marcel Boisvert, qui est l'associé du D^r Balfour Mount, que nous avons entendu la semaine dernière. Le D^r Mount a parlé du D^r Boisvert en termes très élogieux. Je crois savoir que le D^r Boisvert va commencer son exposé en nous présentant quelques diapositives.

Le docteur Marcel Boisvert, médecin spécialiste des soins palliatifs, hôpital Royal Victoria, et professeur assistant de médecine, département d'oncologie, Université McGill: Je vous remercie, madame la présidente, de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui. Je vous prie d'être indulgents car je n'ai reçu votre invitation qu'à la dernière minute. J'ai préparé quelques notes. Je ne prétends absolument pas y exposer une thèse sur l'euthanasie et le suicide assisté. Ces notes se subdivisent en deux parties: il y a tout d'abord quelques observations préliminaires, et vous verrez que les premières tombent tout à fait à propos après l'exposé du D^r Somerville; j'ai ensuite consigné par écrit un certain nombre d'éléments qui constituent pour moi des points de repère dans une zone d'ombre très difficile à cerner.

J'ai demandé à commencer mon exposé par quelques diapositives. Ce n'est absolument pas pour faire du sensationnalisme que j'ai décidé de procéder ainsi. Au contraire, vous venez d'avoir pendant une heure un exemple parfait qui illustre à quel point ce débat peut totalement être coupé des êtres humains qui à l'heure actuelle sont en train de mourir dans mes lits. C'est par là que je veux commencer.

Je vais vous montrer quelques photographies de malades. Pour que votre conscience et la mienne soient en paix, j'ai fait signer à tous ces malades une autorisation de prendre leur photographie. Ils savent que ça servira à l'enseignement, quel que soit le sens que l'on donne à ce terme. Je considère que ce que nous faisons

[Text]

pictures are not nice. I can only tell you that they are far from the worst ones I have.

The first slide shows some figures about which someone asked some questions. I think they are pertinent. We cannot deny the fact that the figures are changing. I have my own hypothesis about why, but what I think is irrelevant. The figures speak for themselves. Our society is changing, whether we like it or not. From 1968 to 1971, the number of people who somehow see an open door, or would like to see a small window open for end-of-life decisions has doubled. Trust me; those pictures were taken four weeks apart.

This gentleman had been a ship's captain for 30 years and now could not stand what was happening to him: Total indignity. He could not even sit up by himself.

Senator DeWare: What is his condition?

Mr. Boisvert: Lung cancer. He is just dying of cancer.

A close friend of mine — in fact, we went to high school together — started with something like this. If you can try to imagine this — and it turns my stomach — before he died the entire right side of his face was gone. He had no cheek, the cancer went right inside his tongue to his pharynx, and so on. He had been asking for his life to be shortened for several weeks before the disease took him away.

These slides are of people that we see every day. Shortness of breath is also experienced by some of these people, where every second of the day is a battle to remain alive. To this day, the best of medical management has not succeeded in relieving these people very well unless you make them irreversibly asleep. Otherwise, they are continually experiencing shortness of breath; a questionable gesture.

Dr. Mount knew this gentleman better than I did. He had a brain tumour and could not talk. He could mumble and make noises that were very hard to understand. One day he was particularly agitated and tried to scribble all kinds of things — you can see in this slide one of our little hospital sheets where we write notes. If you are close enough, you will see what he wrote here. He was questioned and finally said "Yes, yes." He could not speak, but he nodded with his head that that word was "I horse". With his super insight, Dr. Mount finally asked him, "Do you want a horse?" The patient replied, "No." He then asked the patient, "Are you telling us that if you were a horse we would not let you suffer like that," and the patient nodded and grunted.

Just to create a climate, it is not fair to discuss this topic at all outside clinical situations. This is what is difficult about this situation. The way I look at euthanasia and assisted suicide in some ways is simple. At the bedside you have to ask yourself

[Traduction]

ici, c'est de l'enseignement dans une certaine mesure. Je n'ai aucune réticence à les présenter. Accrochez-vous; certaines d'entre elles ne sont pas belles à voir. Je dois vous dire cependant que ce sont loin d'être les pires de celles qui figurent dans mes dossiers.

La première diapositive fait état d'un certain nombre de chiffres sur lesquels on s'interroge. Je crois que ces chiffres sont pertinents. On ne peut nier le fait que les chiffres sont en train de changer. J'ai ma propre hypothèse à ce sujet, mais je ne crois pas qu'elle nous intéresse ici. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Notre société évolue, qu'on le veuille ou non. Entre 1968 et 1971, le nombre de gens souhaitant qu'on ouvre une porte, ou du moins une petite fenêtre, pour autoriser les décisions visant à mettre fin à la vie d'autrui, a doublé. Croyez-moi sur parole, ces photographies ont été prises à quatre semaines d'intervalle.

Cet homme a été capitaine de navire pendant 30 ans et ne peut plus désormais supporter ce qui lui est arrivé: c'est totalement indigne de lui. Il ne peut même plus s'asseoir de lui-même.

Le sénateur DeWare: De quoi souffre-t-il?

M. Boisvert: D'un cancer des poumons. Il est en train de mourir d'un cancer.

Un ami très proche — nous étions d'ailleurs ensemble à l'école secondaire — a commencé comme ça. Essayez d'imaginer — et c'est quelque chose qui me soulève le cœur — mais avant de mourir, toute la partie droite de sa figure avait disparu. Il n'avait plus de joues, le cancer avait pénétré directement dans sa langue, son pharynx, et cetera. Il demandait depuis plusieurs semaines qu'on le fasse mourir lorsque la maladie l'a emporté.

Ces diapositives représentent des gens que l'on voit tous les jours. Certains d'entre eux n'arrivent pas à trouver leur souffle et, à chaque seconde, ils doivent lutter pour rester en vie. Pour l'instant, malgré tous les progrès de la médecine, on n'a pas encore réussi à soulager convenablement ces personnes tant qu'on ne les endort pas de manière irréversible. Sinon, elles continuent à ne pas pouvoir trouver leur souffle; ce qui est très pénible.

Le Dr Mount connaissait mieux cet homme que moi. Il avait une tumeur au cerveau et ne pouvait plus parler. Il pouvait murmurer et émettre des sons très difficiles à comprendre. Un jour, il était particulièrement agité et il a essayé de gribouiller toutes sortes de choses — vous pouvez voir sur cette diapositive une de nos petites feuilles d'hôpital sur lesquelles nous rédigeons des notes. Si vous regardez suffisamment de près, vous verrez ce qu'il a écrit ici. Après avoir été interrogé, il a fini par répondre «Oui, oui.» Il ne pouvait pas parler, mais il a fait un signe de tête pour indiquer qu'il avait bien écrit «Moi cheval». Le Dr Mount a fini par lui demander: «C'est un cheval que vous voulez», à quoi le malade a répondu «Non». Avec son grand esprit de déduction, le médecin a alors demandé au malade: «Voulez-vous nous dire que si vous étiez un cheval, on ne vous laisserait pas souffrir comme ça,» et le malade a grogné et fait signe que oui.

Pour vous mettre dans l'ambiance, je crois qu'il n'est pas juste d'évoquer cette question en dehors du cadre clinique. C'est la difficulté que pose ce genre de situation. La façon dont je considère l'euthanasie et le suicide assisté est à certains égards

[Texte]

three questions, two of which I believe society and medicine at large, with a capital "M", has answers to; and then there is the third, the answer to which I believe we must seek.

The first question is simply: Is life a transcendental value? Is it a value that literally transcends everything? The simple, clear-cut answer to that is "No". We do not transfuse Jehovah's Witnesses; we allow people to refuse treatment that will bring about their death in a short while. In Canada, and in most western countries now, life is not a transcendental value. We recognize that to be alive is just not enough. There has to be more to it. The autonomy of persons, or of patients, can be greater than life.

If life is not a transcendental value, then again at the bedside we are bound to an ethical question. Ethics, in a simple form, looks for the answers to what should be done in a given set of circumstances, all things considered. Ethics, in the context of the topic here today, namely euthanasia, is a bedside question. We can talk about it, we can discourse about it and philosophize about it, but in the end it is a question that has to be debated and decided at the bedside. But if it is an ethical question, then how do we solve it?

Again, if we go back to the bedside situation, over the past decades of my life as a physician — that is, 30 years, and those statistics reflect this — we have gone from a society that was essentially very religious to a society where, although it has remained a believer and has not put religion aside, religious dogma has regressed or has become a less important concept.

Approximately 30 years ago, when I was an intern — and still nowadays for religious people — the classical expression was, "Why does the good Lord not come and take my dad, my husband, or whomever?" Some patients who are still very religious will say, "Why does the good Lord not come and get me?" People who are less religious have changed their language. The more clerical-like term that people will say is, "My husband would be better dead than the way he is now." People say that both with love and somehow with a guilt complex. We have taken away the religious concept that made life a transcendental value — that is, life belonged to God — for many people in our culture. We cannot deny that.

For many people, however, life does not belong to God. Life is theirs — that is, they feel that they are a life, and are alive. You cannot discourse about life as though it was an entity on a shelf somewhere. You cannot discuss life if you do not discuss people — you can discuss adults, but it is the people who are those lives. This is where the change is happening. When twice as many

[Translation]

bien simple. Lorsqu'on est au chevet du malade, on doit se poser trois questions, deux qui à mon avis peuvent recevoir une réponse au sein de la société et de la médecine en général, avec un grand M; et puis il y a la troisième, celle qu'il nous faut trouver à mon avis.

La première question est tout simplement la suivante: Est-ce que la vie a une valeur transcendante? Est-ce que cette valeur transcende littéralement toute chose? La réponse, bien simple, c'est carrément «non». Nous ne transfusions pas les Témoins de Jéhovah; nous autorisons les gens à refuser un traitement qui ne fera que prolonger leur agonie. Au Canada et dans la plupart des pays occidentaux à l'heure actuelle, la vie n'a pas une valeur transcendante. Nous reconnaissons que le simple fait de vivre n'est pas suffisant. Il faut qu'il y ait autre chose. L'autonomie de la volonté, celle des personnes ou des malades, peut être supérieure à la vie.

Si la vie n'a pas une valeur transcendante alors, une fois au chevet du malade, nous sommes à nouveau placés devant une question d'éthique. L'éthique, sous sa forme la plus simple, s'efforce de définir ce qui doit être fait dans un ensemble de circonstances données, toutes choses étant bien considérées. L'éthique, dans le cadre de la question qui vous est posée aujourd'hui, soit l'euthanasie, est un principe qui doit être appliqué au chevet du malade. On peut en parler, on peut discuter et philosopher à son sujet, mais au bout du compte, c'est une question qui doit être débattue et tranchée au chevet du malade. Mais puisqu'il s'agit d'une question d'éthique, comment la résoudre?

Là encore, si nous revenons au chevet du malade, j'ai pu constater au cours des dizaines d'années de ma carrière de médecin — elle s'est déroulée sur 30 ans et ces statistiques en témoignent — que nous sommes passés d'une société fondamentalement religieuse à une société dans laquelle, même si je suis resté croyant et si je n'ai pas rejeté la religion, il y a eu une régression du dogme religieux, celui-ci perdant de son importance.

Il y a une trentaine d'années, alors que j'étais interne — et c'est une chose que l'on entend encore aujourd'hui chez les personnes croyances — l'expression classique était la suivante «Pourquoi le Bon Dieu ne vient-il pas prendre mon père, mon mari, et cetera?». Certains malades qui restent très croyants vont dire «Pourquoi le Bon Dieu ne vient-il pas me chercher». Les gens qui sont moins religieux ont changé de langage. On va entendre des expressions plus profanes telles que: «Il serait préférable que mon mari soit mort plutôt que d'être dans cet état.» Les gens vous disent cela avec amour et en faisant en quelque sorte un complexe de culpabilité. Chez de nombreuses personnes appartenant à notre culture, la notion de religion qui donnait à la vie son caractère transcendantal — la vie appartenait en l'occurrence à Dieu — a disparu. C'est indéniable.

Donc, pour de nombreuses gens, la vie n'appartient pas à Dieu. Cette vie est la leur — en l'occurrence, ces gens considèrent qu'ils ont une vie, qu'ils sont en vie. On ne peut discuter à propos de la vie comme si c'était une notion toute faite. On ne peut pas discuter de la vie sans discuter des gens — ce sont ces gens qui en tant qu'adultes vivent leur vie. C'est là où le changement s'est

[Text]

people than before want to open a window on euthanasia, it reflects a profound change in a society that we would be blind not to see.

Returning to this session, I will refer to my document, which I will go through briefly. This has not been stated in the past hour, but it is important to define the basic difference between euthanasia on demand — and I do not see a difference, because I am not a philosopher — and assisted suicide. The word “euthanasia” has been used 50 times today, but not once with the add-on, “on demand”. I think that makes, again, a fundamental difference which has not been discussed. However, just to save time, most of the time I will use just the word “euthanasia”. I want to save your time. I really mean “euthanasia on demand”. My philosophy is, at the bedside, as we do all the time, we solve the easy cases first; with the more difficult cases, we take time, and with the impossible cases, we pray. This is what is going on at the bedside in the hospital.

Profoundly, my second point or preliminary remark is that I believe we make an important linguistic mistake. With all my admiration and friendship for Dr. Somerville, she has made this mistake about 50 times today. The mistake is to use the words “homicide” and “kill”, and to sort of associate them with the word “euthanasia”, my word euthanasia, which is euthanasia on demand.

Ten years ago, when I began to be bothered by this, I consulted six dictionaries just to confirm my intuition which I am sure is yours. With respect to the words “Kill”, “murder”, “homicide”, the six dictionaries, big Webster’s and so on, 20-volume dictionaries, quite interestingly, all agreed on the definition. The definition of those words has two elements. The first one is to take life, obviously. The second one is with violence. The word “violence” does not mean using a baseball bat to hit someone on the head. It means, “against the will of”. That is the definition of the word “violence” from its Latin root, *violare*, and for those who are more familiar with French, allow me to say that *viol* in French is rape, “against the will of”. It is not the act. It is “against the will of”. I believe it is unfair, linguistically incorrect, and probably legally incorrect to use those words synonymously since, in euthanasia on demand, one of the two essential definitions of the word “kill” is not there, namely “against the will of”.

By definition, euthanasia on demand is, “I ask”, therefore, shortening the life of a person who requests it, with whatever conditions. We can talk about the details. It cannot and should not be equated with the word “kill”. Much to my surprise, after the ten years or so that this debate has been going on, this is still

[Traduction]

produit. Lorsqu’on constate qu’il y a deux fois plus de gens qu’avant qui veulent ouvrir cette fenêtre sur l’euthanasie, c’est le reflet d’un profond changement qui s’est produit dans notre société et qu’il faudrait être aveugle pour ne pas voir.

Dans le cadre de cette séance, je vais en revenir à mon document, que je vais évoquer brièvement. Il y a une chose qui n’a pas été dite au cours de la dernière heure, mais il est important de définir la différence fondamentale qui existe entre l’euthanasie à la demande — et je ne vois aucune différence, parce que je ne suis pas un philosophe — et le suicide assisté. On a utilisé 50 fois aujourd’hui le terme «euthanasie», sans jamais rajouter «à la demande». Je crois, là encore, que cela fait une différence fondamentale dont on n’a pas parlé. Toutefois, pour gagner du temps, je me contenterai de parler «d’euthanasie». Je ne veux pas vous faire perdre votre temps mais j’entends en réalité par là «euthanasie à la demande». Au chevet du malade, ma philosophie est la suivante, et c’est celle que nous appliquons tout le temps; nous commençons par résoudre les cas les plus faciles, pour les cas les plus difficiles, nous prenons notre temps, et pour les cas impossibles, nous nous contentons de prier. Voilà ce qui se passe au chevet des malades à l’hôpital.

À un niveau plus fondamental, je ferai une deuxième observation préliminaire en disant qu’à mon avis nous commettons une erreur linguistique importante. Malgré toute l’admiration et l’amitié que j’ai pour le docteur Somerville, je crois qu’elle a commis cette erreur à quelque 50 reprises aujourd’hui. L’erreur consiste à parler «d’homicide» et à dire que l’on «tue», et à associer en quelque sorte ces termes à celui «d’euthanasie» tel que je l’interprète, c’est-à-dire l’euthanasie à la demande.

Il y a dix ans, lorsque la question a commencé à me tracasser, j’ai consulté six dictionnaires pour confirmer la validité de mon intuition qui, j’en suis sûr, est la même que la vôtre. Pour ce qui est des termes «tuer», «meurtre», «homicide», les six dictionnaires, le gros Webster’s, les dictionnaires en 20 volumes, et cetera, et c’est une chose intéressante à remarquer, s’entendent tous sur la définition. La définition de ces termes comporte deux éléments. Le premier est celui d’enlever la vie, bien évidemment. Le deuxième a trait à la violence. Il ne s’agit pas de la «violence» de quelqu’un qui en frappe un autre avec un bâton de baseball. Violence signifie «contre la volonté de». C’est la définition du mot «violence» qui découle de sa racine latine, *violare*, et pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec le français, je souligne que c’est l’origine du mot *viol* en français, «contre la volonté de». Ce n’est pas l’acte en lui-même. C’est le fait d’agir «contre la volonté de». Je considère qu’il est injuste, faux d’un point de vue linguistique et probablement erroné sur le plan du droit d’utiliser ces mots comme des synonymes étant donné que dans l’euthanasie à la demande, l’un des deux éléments essentiels de la définition du mot «tuer» n’est pas là, soit le fait que l’on agit «contre la volonté de».

Par définition, l’euthanasie à la demande revient à dire «je demande», et par conséquent on raccourcit la vie d’une personne qui l’a demandé, quelles que soient les conditions qui s’appliquent. On peut toujours discuter des détails. Toutefois, on ne peut pas et on ne doit pas assimiler ce terme à celui de «tuer». À

[Texte]

the language. That has profound consequences, because what it does is it takes a word which describes a benevolent act and equates it with a totally malevolent act, and punishes it in the same way.

Much to my sadness again, in this little book — and I am sure all of you are familiar with it — *Euthanasia: Aiding Suicide and Cessation of Treatment*, Law Reform Commission, 1983, on pages 17 and 18, they equate asking for death with “murder” and “kill”. That is a major linguistic mistake and — allow me — inexcusable in the hands of top law people, with the consequence of, as I said, an incorrect law and an unjust law. The law, to me, can still say, “We do not want euthanasia in our country”, but to equate it with “murder” is not right.

I do not believe, on a linguistic basis, that the government has the power to say blue is right. To me, that does not make sense, because that has an influence on the population. It questions the credibility of the law and the credibility of law makers. Therefore I believe that, from the legal point of view, hence, from the moral point of view, if you remove the essential part of the definition of violence, “against the will of”, you are dealing with a totally different problem which has not been addressed in that sense.

Another important point is, as we discuss this, it is most important not to put the question in terms of “pro” and “against”. Again, in the past, we were talking about people who were pro-choice and pro-life.

Again, back to the bedside. To me, the question is not whether I am for euthanasia or not. The question is — and it is to me, again, the only question that deserves to be asked — are there circumstances, however rare, where the life, the suffering of a patient are such that it would justify or legitimize the shortening of a life?

Not surprisingly, Dr. Somerville hedged on it. I could produce text after text of reputed ethicists who say, “Yes, in some circumstances.” Some circumstances can be so essential that no law applied.

I will not read it, but to give credibility to what I say, in the *Journal of Palliative Care*, a Canadian journal, Dr. David Roy wrote an editorial two years ago entitled “Euthanasia: Where Do We Go After Taking a Stand?”, wherein he states exactly that. Some circumstances are such that no rule, no law can apply. His conclusion, ethically, is to say that, yes, there are circumstances where shortening the life of somebody could be ethically justified.

Those are my first two questions to which we have answers and which can be debated, but I believe still we have questions. The first one is, life is not a transcendental value, and second, there is — I cannot use the word “consensus”, I have not done statistics,

[Translation]

ma grande surprise, alors qu’il y a maintenant une dizaine d’années que ce débat a cours, on continue à utiliser ce langage. Cette attitude a des conséquences profondes, parce que l’on prend alors un terme qui qualifie un acte bienveillant et on l’assimile à un acte totalement malveillant en le punissant en conséquence.

À ma grande tristesse là encore, dans ce petit ouvrage — et je suis sûr que vous le connaissez tous — *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, Commission de réforme du droit, 1983, on assimile aux pages 20 et 21 le fait de demander l’euthanasie à un «meurtre» et au fait de «tuer». C’est une faute linguistique majeure et, permettez-moi de vous le dire, une faute inexcusable de la part de juristes éminents, ce qui a comme conséquence, je le répète, l’adoption d’une loi fautive et injuste. On peut toujours dire dans la loi, à mon avis, «nous ne voulons pas de l’euthanasie dans notre pays», mais il n’est pas juste d’assimiler cette question à un «meurtre».

Je ne crois pas que d’un point de vue linguistique le gouvernement ait le droit de dire que ce qui est blanc est noir. Ça me paraît insensé parce que ça a une influence sur la population. La crédibilité de la loi et du législateur en est remise en question. Je considère donc que d’un point de vue juridique et, partant, d’un point de vue moral, à partir du moment où l’on enlève un élément essentiel de la définition de la violence, soit «contre la volonté de», on traite un problème tout à fait différent qui n’a pas été abordé dans cette optique.

Un autre point important, lorsqu’on discute de ce sujet, c’est qu’il est absolument essentiel de ne pas poser la question en terme de «pour» et de «contre». Là encore, ça nous ramène aux discussions qui ont eu lieu par le passé entre les pro-choix et les pro-vie.

Revenons une fois de plus au chevet du malade. La question n’est pas pour moi de savoir si je suis pour ou contre l’euthanasie. La question est la suivante — et je le répète, c’est pour moi la seule question qui mérite d’être posée — c’est de savoir s’il existe des circonstances, quelle que soit leur rareté, dans lesquelles les conditions de vie, les souffrances d’un malade sont telles qu’il est justifié ou légitime d’abréger cette vie.

Comme on pouvait s’y attendre, le docteur Somerville a tourné la difficulté sur ce point. Je pourrais vous citer des dizaines de textes de spécialistes réputés de l’éthique qui nous disent: «Oui, dans certaines circonstances.» Certaines circonstances peuvent être si fondamentales qu’aucune règle de droit ne peut s’appliquer.

Je ne vais pas vous lire cet article, mais pour appuyer mes dires, je vous signale que dans le *Journal of Palliative Care*, une revue canadienne, le Dr David Roy a rédigé il y a deux ans un éditorial intitulé «*Euthanasia: Where Do We Go After Taking A Stand?*», dans lequel il dit exactement cela. Dans certaines circonstances, il n’y a pas de règle qui peut s’appliquer, le droit est impuissant. Dans sa conclusion, il déclare que sur le plan de l’éthique, oui, il y a des circonstances dans lesquelles il est justifié d’abréger la vie de quelqu’un.

Voilà les deux premières questions pour lesquelles nous avons des réponses et qui peuvent faire l’objet d’un débat. La première consiste à dire que la vie n’a pas une valeur transcendante et, en second lieu, qu’il y a — je ne peux pas parler de «consensus»,

[Text]

but there are a lot of writings from reputed ethicists who say, "Yes, there are circumstances under which it would be legitimized."

The third question to which we do not have an answer is how to do it. I am not a man of law. I recognize all the pitfalls. I have read dozens and dozens of articles on this subject. I recognize the difficulty. Yet, because other countries have had difficulties, I do not think it is a valid reason for us as Canadians to say, "Others have failed. Let us not look at the issue."

My deep belief is that what is going on here now should carry on. We should repeat this work, perhaps with a new mandate, in a sense, and from my point of view obviously, because I have answered my two questions. Yes, life is not transcendental. Yes, there are legitimate situations. Therefore, the mandate should be, let us look at it. The answer may be, "We do not know how", but the mandate should be, "Let us look at possible ways to open a legal window, however small, that would not jeopardize some patients whose end of life is totally intolerable; for whom religious and moral principles are not in the way. Yet, Canadian law prevents them from receiving the help they are seeking, keeping in mind that, as I think Senator Gigantès was saying, some people can pull the trigger here and some cannot."

After those preliminary remarks, I want to put forward a few points which I think apply, in my mind anyway, to an understanding of where we are going or, answering directly Dr. Somerville's question, why do we talk about death now? I have alluded to it. I think we talk about death now because we are allowed to talk about death, quote, unquote. We have allowed ourselves to talk about death because we have taken it — many people have taken it — out of God's hands. It is not in my power, nor in our power, to say whether or not we should. I think people should have that freedom.

I found the importance of this point of view years ago in a book which has been out of print for many years by a famous law man by the name of Glanville Williams from England. He wrote a book called *The Sanctity of Life and the Criminal Law* some 40-odd years ago. To make a long story short, his conclusion is that the only reason to refuse the concept of euthanasia in law is essentially religious. I cannot discuss the whole book because it would take a few hours, but it would be well worthwhile pondering his arguments. I personally believe that this is the situation we are now facing. I believe many, if not most, of our arguments against granting euthanasia on demand nowadays are governed by covert religious beliefs.

[Traduction]

parce que je n'ai pas fait une étude statistique — mais que de nombreux écrits d'éminents spécialistes de l'éthique nous disent: «Oui, il y a des circonstances dans lesquelles cette pratique est légitime.»

La troisième question, pour laquelle nous n'avons pas de réponse, c'est comment procéder. Je ne suis pas un spécialiste du droit. Je comprends qu'il y a des écueils. J'ai lu des dizaines et des dizaines d'articles sur le sujet. Je reconnais qu'il y a des difficultés. Pourtant, si d'autres pays ont eu des difficultés, je ne crois pas que ce soit une bonne raison pour que le Canada dise: «Les autres ont échoué. Évitions de nous pencher sur la question.»

Ma conviction profonde, c'est que nous devons poursuivre dans la voie que nous nous sommes tracés ici. Il nous faut reprendre ce travail, éventuellement avec un nouveau mandat, dans un certain sens, et évidemment en partant de mon point de vue, parce que j'ai répondu à mes deux questions. Non, la valeur de la vie n'est pas transcendante. Oui, il y a des situations où cette pratique est légitime. Notre mandat doit donc être: «Considérons la question». La réponse sera peut-être «Nous ne savons pas comment faire», mais le mandat doit être le suivant: «Examinons tous les moyens possibles d'ouvrir sur le plan du droit une fenêtre, même étroite, qui ne lèse pas les malades parvenus à la fin de leur vie dans des conditions absolument intolérables et qui n'ont pas de principes religieux ou moraux qui constituent pour eux un obstacle». Pourtant, le droit canadien les empêche de recevoir l'aide qu'ils recherchent, ce qui fait, n'oubliez pas ce que nous a dit le sénateur Gigantès tout à l'heure, que certaines personnes peuvent appuyer sur la gâchette et d'autres non.

Après ces observations préliminaires, je voudrais évoquer un certain nombre de sujets qui, à mon avis du moins, nous permettent de mieux comprendre où nous allons ou, pour répondre plus directement à la question posée par le docteur Somerville, pour quelle raison nous avons actuellement un discours sur la mort. J'y ai fait allusion. Je crois que nous avons aujourd'hui un discours sur la mort tout simplement parce que nous sommes autorisés à parler de la mort. Nous nous sommes autorisés à parler de la mort parce que nous avons repris cette exclusivité — nombre de gens l'ont fait — à Dieu. Il n'est pas dans mon pouvoir, ni dans votre pouvoir, de dire si c'est une bonne ou une mauvaise chose. Je considère qu'il est normal que les gens aient cette liberté.

J'ai compris l'importance de ce point de vue il y a des années en lisant un ouvrage resté épuisé pendant des années et rédigé par un célèbre juriste anglais du nom de Glanville Williams. Ce dernier a rédigé un ouvrage intitulé *The Sanctity of Life and the Criminal Law* il y a une quarantaine d'années. Pour résumer, il conclut que la seule raison de refuser en droit le principe d'euthanasie est essentiellement d'ordre religieux. Je ne vais pas me lancer dans la discussion de l'ensemble de l'ouvrage, parce que cela prendrait des heures, mais il serait tout à fait utile d'examiner de près ses arguments. Je considère personnellement que c'est la situation dans laquelle nous nous trouvons actuellement. À mon avis, nombre, sinon la plupart, de nos arguments contre l'euthanasie à la demande s'expliquent aujourd'hui par des motifs religieux détournés.

[Texte]

We should reflect on where we come from, and we would realize in Canada that we are a little bit schizophrenic, in the right sense. I am not being facetious. Our culture is Greek and Roman, and none of us would deny that. The most quoted philosophers, as per a computer search, are still Socrates, Plato, and Aristotle. We should remind ourselves that in that Greco-Roman heritage which is ours, assisted suicide was recognized. People who had terrible illnesses or people who had terrible shame would put their case to the court, whatever that was called then, and if their request was granted, they were presumably given hemlock, which is what Socrates got, and they were free to do what they wanted. This was recognized.

Just to show our cultural heritage and how we have changed, we can look to Thomas More. If I am right, Thomas More should be called Saint Thomas More, canonized, I believe, after 1900. In 1500, another book not on every bookshelf, he wrote *Utopia*, in which he makes the apology of assisted suicide. I am not sure that I have the quick translation. By Saint Thomas More, 1516:

When one is taken with a torturing pain or a lingering disease with no hope of recovery, the priests and the magistrates come and exhort the sick that they may choose rather to die, since they cannot live but in much misery. They can starve to death or are offered a soporific to end their lives easily, but this must be only voluntary.

Thomas More was a great statesman, a great philosopher, and I understand a saint.

Other names that should make us ponder our own values are Francis Bacon, Montaigne, John Donne, François Premier's physician Ambroise Paré, David Hume, Jean Jacques Rousseau, Nietzsche, Marx, Schopenhauer, and many others. I am naming names that should at least make us think, and try to understand where these people came from, because our cultural heritage comes from them.

There is another important point clinically which we see every day in hospital. Often times our white coats also wrap up our hearts. In *The Foreseeable Future*, Sir George Thomson questions why we can find very little wrong in the painful natural death while painless inflicted death is wrong even when asked for. We do not treat a pneumonia in the elderly. Pneumonia is the old man's best friend. I challenge one physician to say that this is pain-free, suffering-free and so on. Yes, we do it, and we make those decisions every day. Why is it that we are more comfortable with painful death, be it natural, or natural rather than painless inflicted death? Again I believe that the problem there is our covert religious beliefs.

[Translation]

Il nous faut bien voir d'où nous venons et comprendre qu'au Canada nous sommes un peu schizophrènes, dans le bon sens du terme. Ce n'est pas une plaisanterie. Notre culture est d'origine à la fois grecque et romaine, personne ne peut le nier. Les philosophes que nous citons le plus, une recherche informatique nous le confirme, restent Socrate, Platon et Aristote. N'oublions pas que dans la tradition gréco-romaine qui est la nôtre, le suicide assisté était reconnu. Les gens qui souffraient d'une grave maladie ou qui avaient été déshonorés pouvaient porter leur cause devant les tribunaux, ou ce qui en tenait lieu, et si leur demande était accordée, on était censé pouvoir leur administrer de la ciguë, c'est ce qui est arrivé à Socrate, et ils étaient libres de faire ce qu'ils voulaient. Cette pratique était reconnue.

Pour vous donner une idée de notre patrimoine culturel et de la façon dont nous avons changé, voyons ce que dit Thomas More. Si je ne me trompe, on devrait parler de Saint Thomas More, puisqu'il a été canonisé, je crois, après 1900. En 1500, là encore c'est un livre que l'on ne retrouve pas dans toutes les bibliothèques, il a rédigé l'ouvrage *Utopie*, dans lequel il fait l'apologie du suicide assisté. Je ne suis pas sûr de pouvoir vous donner rapidement une traduction. Voilà ce qu'écrivait Saint Thomas More, en 1516:

Lorsqu'une personne est en proie à des souffrances horribles ou à une maladie incurable sans espoir de se rétablir, les prêtres et les magistrats viennent à son chevet lui enseigner qu'elle peut choisir de mourir puisque le sort qui l'attend est si misérable. Elle peut se laisser mourir de faim ou prendre une potion qui va mettre fin à ses jours sans douleur, mais il faut qu'elle le fasse de plein gré.

Thomas More était un grand homme d'état, un grand philosophe et, d'après ce que je sais, un saint.

D'autres grands noms qui devraient vous faire réfléchir sur nos propres valeurs sont ceux de Francis Bacon, Montaigne, John Donne, Ambroise Paré, le médecin de François Premier, David Hume, Jean Jacques Rousseau, Nietzsche, Marx, Schopenhauer et bien d'autres. Je cite tous ces noms pour nous faire au moins réfléchir, pour que nous essayons de comprendre pourquoi tous ces gens en sont venus là, parce que c'est d'eux que nous tirons notre héritage culturel.

Il y a un autre point important d'un point de vue clinique qui correspond à une chose que nous voyons tous les jours à l'hôpital. Souvent, nos blouses blanches recouvrent aussi les sentiments de nos cœurs. Dans l'ouvrage *The Foreseeable Future*, Sir George Thomson se demande pourquoi nous ne voyons pas grand-chose de mal à la mort naturelle douloureuse alors que nous jugeons répréhensible une mort sans douleur qui a été délibérément infligée, même si elle a été demandée. Nous ne traitons pas les pneumonies chez les personnes âgées. La pneumonie est la plus fidèle compagne des personnes âgées. Je mets au défi n'importe quel médecin d'affirmer qu'il s'agit là d'une mort sans douleur, sans souffrance, et cetera. Pourtant, nous le faisons; ce sont des décisions que l'on prend tous les jours. Pourquoi nous sentons-nous plus à l'aise avec la mort douloureuse, à condition qu'elle soit naturelle, plutôt qu'avec la mort sans douleur qui a été

[Text]

We were talking about language and communication. I want to talk also about the deep meaning of requests for euthanasia. The French philosopher Marie Madeleine Davy wrote a fascinating book called *Un itinéraire*. That book was written after she recovered from a potentially fatal illness, during which she had been told that the odds of dying were high, and she confronted her death for whatever period. When she recovers, she writes:

... until then, I had not realized how much the healthy and the pre-dead cannot communicate, because they live in two totally different time frames.

It is my experience that, no matter how hard we try, we are not on the same time frame with our patients, and we do not hear easily their requests for euthanasia. There are the obvious cases where it is a cry for help, a cry for love, or a cry for pain relief. The most common requests I get for euthanasia on demand, assisted suicide, are not from people with severe pain; are not from people who are abandoned; are not from people who are in what I would call distressing physical symptoms. They are from people like this gentleman I showed you who were the masters of their destiny until their illness struck, and that is to them totally unacceptable. The word used, obviously, is "dignity".

I have a slide which I did not bring from a recent book, *Dying without Dignity*. When I read that book, I felt that it had been written by someone who had spent the last 20 years at the Royal Victoria Hospital. The Royal Victoria is not a mecca of anything, but it is as good a place as there is in Canada where palliative care has been promoted for the past 20 years.

I think we have to open our hearts and our minds a little bit more than just a superficial listening to the words. We have to hear the words simply, to really get at the meaning. As Dr. Somerville said near the end, no doubt some requests are just screams for help and love, but no doubt some requests are very real, and we do not have the easy answer.

What that leads to is what I think may well be misperceptions of the realities of our patients. One example of this is the brief presented here by the Canadian Palliative Care Association, in which they quote statistics. I can only believe that the statistics are meant to say, "Well, we do not that badly after all." Only eight per cent of patients required sedation to control pain, and a total of 16 per cent, one in six, required medication to control all symptoms, meaning they were drugged to a degree which does not permit meaningful interaction with the family. In the brief, I put that in capital letters. That is my sin.

[Traduction]

délibérément infligée? Là encore, je crois que cela vient de nos convictions religieuses détournées.

Nous parlions tout à l'heure de langage et de communication. J'aimerais aussi évoquer le sens profond des demandes d'euthanasie. La philosophe française, Marie Madeleine Davy, a rédigé un ouvrage fascinant qui s'intitule *Un itinéraire*. Ce livre, elle l'a écrit après qu'elle s'est rétablie d'une maladie au cours de laquelle elle a risqué constamment la mort, les médecins lui ayant laissé peu d'espoir. Lorsqu'elle s'est rétablie, elle a rédigé ce qui suit:

Jusqu'alors, je n'avais pas réalisé à quel point les gens en bonne santé et ceux qui sont à l'article de la mort ne peuvent pas communiquer entre eux, parce qu'ils vivent dans deux espaces temps tout à fait différents.

Si j'en crois mon expérience, malgré tous nos efforts, nous ne vivons pas dans le même espace temps que nos malades et nous avons du mal à entendre leurs demandes d'euthanasie. Il y a les cas évidents caractérisés par un appel à l'aide, une demande d'amour, un cri de douleur réclamant un soulagement. Le plus souvent, ceux qui me font une demande d'euthanasie ou de suicide assisté, ce ne sont pas ceux qui souffrent énormément, ce ne sont pas ceux qui sont abandonnés, ce ne sont pas ceux qui sont en proie à des symptômes physiques que je qualifierais de débilatants. Ce sont des gens comme cet homme dont je vous ai montré la photographie et qui étaient maîtres de leur destinée jusqu'à ce que la maladie les frappe d'une manière qui leur paraît totalement inacceptable. Le mot qui vient évidemment à l'esprit est celui de «dignité».

Il y a une diapositive que je n'ai pas amenée, qui est tiré d'un ouvrage récent, *Dying without Dignity*. En lisant cet ouvrage, j'ai eu l'impression qu'il avait été rédigé par quelqu'un qui avait passé les 20 dernières années à l'hôpital Royal Victoria. Le Royal Victoria n'est absolument pas une Mecque, mais on y a réussi aussi bien que partout ailleurs au Canada à faire ces 20 dernières années la promotion des soins palliatifs.

Je crois qu'il nous faut ouvrir davantage nos coeurs et nos esprits et ne pas nous contenter du sens superficiel des mots. Il nous faut écouter simplement les mots, leur sens véritable. Comme l'a dit le docteur Somerville vers la fin, il est indéniable que certaines demandes ne sont que des cris motivés par le besoin d'aide et d'amour, mais qu'il y en a d'autres qui sont bien réelles, et nous n'avons pas de réponse toute faite.

Tout cela peut nous amener à mon avis à mal évaluer la réalité dans laquelle vivent nos malades. On en voit ici un exemple dans le mémoire présenté par l'Association canadienne des soins palliatifs, qui présente un certain nombre de statistiques. J'imagine que ces statistiques ne peuvent que signifier: «Finalement, nous n'avons pas fait si mal.» Huit pour cent seulement des malades ont eu besoin d'une sédation pour lutter contre la douleur et 16 p. 100 au total, soit un sur six, ont eu besoin de médicaments pour contrôler l'ensemble des symptômes, ce qui signifie qu'ils étaient drogués au point de ne pas pouvoir garder véritablement un contact avec leur famille. Dans le mémoire, je l'ai mis en majuscules. C'est une source de remords.

[Texte]

I am a member of the CPCA, and I intend to remain a member. I am a palliative care physician, and I intend to be one until I die or retire. However, palliative care still has a long way to go to pretend that it can, in the best of circumstances, relieve all suffering.

The second lesson to be taken from those statistics is that the dying process, in the best of hands, is a difficult adventure — and those statistics are from a very notorious, highly qualified palliative care group in the country. To give individuals peace in dying, one in six must be drugged to the point of no meaningful interaction.

I cannot boast of those figures. The CPCA puts them forward. We must interpret what they mean. If we think those statistics are good, then perhaps we will cross our arms and be satisfied with what we do, or we will be inclined to think that dying, after all, is not all that bad when we do what we know best how to do.

I beg to disagree. Recall the picture I showed you with those lungs full of 50 or more ping-pong balls — cancer. What we are pushed to do occasionally — not often — in palliative care is that, in some circumstances, in the dying process where distress is so bad that the only way to relieve people is sedation. Shortness of breath is the best example. In the palliative care field it is very often the paradigm of a difficult death — running after and catching each breath, 40, 50 times per minute. We can administer drugs that will relieve this. We can very often relieve 100 per cent of the pain, but rarely can we relieve 100 per cent of severe shortness of breath except by severe sedation.

The logic becomes ironical. You put a patient to sleep — I do not mean to put to sleep like a dog, or to end life. The logic is that you do this until the death of that person, because that lung cancer will not disappear. It probably will get worse. Pneumonia will set in. Therefore in practice, you create, until death, an irreversible state of unconsciousness.

We see a strange analogy in ICUs where, if someone is irreversibly unconscious, we legitimately do something legal by disconnecting the respirator. Therefore on the one hand we are responsible for the situation; on the other hand, the disease is responsible for the situation, but the clinical, bedside, ethical decision is the same. You have a patient who, in his own best interests, must remain asleep until death sets in, and we wait. Again, this is the big question.

We see similar situations with brain tumours and the end of life. This is, again, to be questioned. There are cases where I think some soul searching and brainstorming might lead to opening a small window somewhere.

[Translation]

Je suis membre de l'ACSP et j'ai l'intention de le rester. Je suis médecin spécialisé dans les soins palliatifs, et j'ai l'intention de le rester jusqu'à ma mort ou jusqu'à la retraite. Il n'en reste pas moins que les soins palliatifs ont, dans le meilleur des cas, encore bien du chemin à faire avant de pouvoir, comme on le prétend, soulager toutes les souffrances.

La deuxième leçon à tirer de ces statistiques c'est que l'agonie, même si l'on est entre les meilleures mains, est une aventure périlleuse — et ces statistiques nous viennent d'un groupe de soins palliatifs très qualifié qui jouit d'une excellente réputation dans notre pays. Pour que les malades puissent mourir en paix, un sur six doit être drogué au point de ne plus avoir de véritables contacts avec son entourage.

Je ne peux me vanter de tels chiffres. C'est l'ACSP qui nous les présente. Nous devons interpréter leur signification. Si nous croyons que ces statistiques sont bonnes, nous allons peut-être nous croiser les bras et nous contenter de ce que nous faisons et penser que peut-être l'agonie n'est finalement après tout pas si terrible à partir du moment où nous faisons ce que nous pouvons.

Je ne suis pas d'accord. Rappelez-vous la photographie que je vous ai montrée de ces poumons parsemés d'une cinquantaine de tumeurs cancéreuses de la grosseur d'une balle de ping-pong. Ce à quoi nous en sommes réduits à l'occasion — pas souvent — dans le domaine des soins palliatifs, lorsque dans certaines circonstances l'agonie est particulièrement horrible, c'est de recourir à la sédation, qui est le seul moyen d'alléger la souffrance des gens. Le souffle court en est le meilleur exemple. Dans le domaine des soins palliatifs, c'est souvent le signe extrême d'une agonie difficile — le malade court après son souffle, 40, 50 fois à la minute. Nous ne pouvons pas administrer des médicaments qui soulagent cet état. Très souvent, nous pouvons soulager la douleur à 100 p. 100, mais il est rare que nous puissions le faire à 100 p. 100 lorsque le malade n'arrive pas à trouver son souffle, à moins de recourir à une sédation poussée.

Ça devient paradoxal. On endort le malade — pas pour toujours, pas en mettant fin à sa vie comme on le ferait pour un chien. Selon la logique adoptée, on le plonge dans le sommeil jusqu'à sa mort, parce que le cancer des poumons dont il souffre ne va pas disparaître. Il va probablement empirer. La pneumonie va s'installer. Donc, en pratique, on crée jusqu'à la mort un état irréversible d'inconscience.

Il y a là une étrange analogie avec ce qui se passe dans les unités de soins intensifs où, lorsque quelqu'un est plongé dans un coma irréversible, on a légitimement recours à une pratique légale en débranchant le respirateur. Donc, d'un côté on est responsable de la situation et de l'autre, c'est la maladie qui en est responsable, mais la décision clinique prise au chevet du malade est la même. On a affaire à un malade qui, dans son propre intérêt, doit rester endormi jusqu'à sa mort, et on attend. Là encore, c'est la grosse question.

On voit des situations semblables avec les tumeurs au cerveau à la fin de la vie. Là encore, il y a des questions à se poser. Il y a des cas où, à mon avis, en faisant un effort de réflexion on pourrait ouvrir une petite fenêtre quelque part.

[Text]

I am not in favour of voting tomorrow on the question of the legalization of assisted suicide. That would be a mistake. However, I am in favour of reopening the question, perhaps with a different frame of mind.

Another important point, which again brings us back to covert religious views, is the expression "sanctity of life", which Dr. Keyserlink and other authors refer to. The very phrase "sanctity of life", in short, implies religious beliefs. It is totally obvious. It is very hard to build a case on the sanctity of life vis-à-vis someone who has no religious beliefs.

In this country, we must do some soul searching. What are we talking about when we talk about sanctity of life? Is this a concept out of a book, or is it the reality of a person in a bed, in front of us? When Supreme Court justices talk about the sanctity of life, arguing against Mrs. Rodriguez, I must ask myself, which sanctity of life are we talking about in a country where 90,000 abortions a year are performed and paid for?

What I have done here, without saying it, is to consider the main arguments of those who oppose euthanasia. Sanctity of life is one; the slippery slope is another; and the risks or dangers being another one. The slippery slope — put your foot in the door and look at what will happen. I believe, based on the sanctity of life concept and the consequences of it, we should rethink what has happened to the abortion situation. There is a very close — not distant — parallel with euthanasia.

When I was an intern 30-plus years ago, abortion was practically a non-existent phenomenon in hospitals. As an intern, I actually saw two women — I remember the disturbing nature of what happened — who literally died giving birth because they had inoperable mitral stenosis. Senator Keon would better understand.

Without a concept and within a legal void, 30 years later this country has gone from totally prohibiting abortion, partly due to the sanctity of life principle, to performing 90,000 abortions a year. Where was the slippery slope?

My question to you is this: Would things have been worse had abortion been legalized, which would have opened a small window rather than none? I do not know. My guess is yes, there would be far fewer than 90,000 abortions if we had created in the public mind — and we can do the same with euthanasia — the concept that you should do as few abortions as you can. However, because we are human and care for our brothers and sisters, we see the little window the ethicists see. We are ready to open it, keeping in mind that every law can be rescinded the following year, or five years later if things do not work. But to say no in a blanket way is unfair.

[Traduction]

Je ne suis pas pour que l'on vote dès demain sur la question de la légalisation du suicide assisté. Ce serait une erreur. Je suis toutefois en faveur d'un réexamen de la question, éventuellement dans un état d'esprit différent.

Un autre point important, qui nous ramène une fois de plus aux conceptions religieuses détournées, c'est l'expression du «caractère sacré de la vie» qu'emploie le Dr Keyserlink et d'autres auteurs. L'expression même «caractère sacré de la vie» suppose l'existence de croyances religieuses. C'est bien évident. Il est bien difficile de justifier le caractère sacré de la vie aux yeux de quelqu'un qui n'a aucune croyance religieuse.

Il nous faut faire dans notre pays un effort de réflexion. Qu'entend-on par caractère sacré de la vie? Est-ce une notion sortie d'un livre ou la réalité qu'éprouve la personne alitée, en face de nous? Lorsque les juges de la Cour suprême opposent à Mme Rodriguez le caractère sacré de la vie, je ne peux que me demander, de quel caractère sacré parlons-nous lorsque dans notre pays 90 000 avortements sont pratiqués chaque année aux frais de l'État?

Ce que je viens de faire ici, sans le dire, c'est de passer en revue les principaux arguments des opposants à l'euthanasie. Le caractère sacré de la vie est le premier d'entre eux; la pente dangereuse est le deuxième et le risque ou les dangers que cette pratique suppose est le troisième. La pente dangereuse — vous mettez un doigt dans l'engrenage et voyez ce qui se passe. En tenant compte du caractère sacré de la vie et de ses conséquences, je considère qu'il nous faut revoir ce qui s'est passé au sujet de l'avortement. Loin d'être différentes, les situations sont très proches.

Lorsque j'étais interne, il y a plus de 30 ans, l'avortement était un phénomène pratiquement inconnu dans nos hôpitaux. En ma qualité d'interne, j'ai vu en fait deux femmes — je me souviens combien ces événements m'avaient bouleversé — qui sont littéralement mortes en accouchant parce qu'elles souffraient de rétrécissement mitral non opérable. Le sénateur Keon comprendra ce que je veux dire.

Sans poser de principe et dans un vide juridique, 30 ans plus tard, notre pays est passé d'une situation d'interdiction totale de l'avortement, en partie en raison de l'application de la notion du caractère sacré de la vie, à la pratique qui consiste à effectuer 90 000 avortements par an. Comment en est-on arrivé à emprunter cette pente dangereuse?

La question que je vous pose est la suivante: La situation aurait-elle été pire si l'avortement avait été légalisé, ce qui nous aurait permis d'ouvrir une petite fenêtre au lieu de tout bloquer? Je ne sais pas, mais j'ai l'impression que oui, que nous aurions bien moins de 90 000 avortements si nous avions fait comprendre à l'opinion publique — et nous pouvons le faire pour l'euthanasie — que l'on doit limiter au maximum les avortements. Toutefois, parce que nous sommes humains et que nous nous préoccupons du sort de nos frères et soeurs, nous entrevoyons la petite ouverture que voient aussi les tenants de l'éthique. Nous sommes prêts à l'agrandir en tenant compte du fait qu'une loi peut toujours être abrogée l'année suivante ou dans les cinq ans si les choses tournent mal. Mais il est injuste de dire carrément non.

[Texte]

In conclusion, most life is not a transcendental concept. Most leading ethicists agree that euthanasia on demand is legitimate in rare circumstances, that there are risks, that there is a slippery slope — but, the worst slippery slope is perhaps not to do something rather than to open a small window.

I believe it is premature to have a vote on this question, but it is not premature at all to reopen the question.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous remercie, docteur Boisvert. J'imagine que vous parlez français.

M. Boisvert: Comme vous le savez, sénateur Lavoie-Roux, quand on traduit de l'anglais aux français, la traduction française est beaucoup plus longue. Je pensais que j'avais le temps de dire quelques phrases de plus si je parlais en anglais.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous remercie, docteur Boisvert, d'être venu nous présenter un point de vue peut-être différent de celui de plusieurs témoins que nous avons entendus jusqu'à maintenant.

Je voudrais juste faire référence à la page deux de votre mémoire, quand vous citez le professeur de droit, monsieur Williams.

...all objections to euthanasia rest essentially on overt or covert religious beliefs and for that reason alone it should be decriminalized.

Je ne peux pas être d'accord avec cela. Il ne me semble pas certain que les gens décideront de voter selon leur conscience, mais la crainte que nous avons est bien plus reliée à ce que vous appelez «la pente dangereuse», qu'à une question de croyance religieuse.

Je ne suis pas tout à fait sûre que je suis d'accord avec vous quand vous faites une comparaison entre «la pente dangereuse» reliée à l'euthanasie ou la libération de l'euthanasie, et «la pente dangereuse» reliée à l'avortement.

Dans le cas de l'avortement, il s'agit de personnes qui ne sont pas encore nées. Dans le cas de l'euthanasie ce sont des personnes qui sont vivantes. Je pense que les médecins, jusqu'à un certain point et avec raison, jouent un peu à Dieu, à savoir, quel est le pronostic... ainsi de suite. Je voulais simplement faire cette mise au point.

M. Boisvert: Ce n'est pas mon opinion que cela soit décriminalisé, c'est l'opinion du professeur Williams quand il étudie la question. Au niveau philosophique et légal, il dit que si cela est vrai qu'il y a des relents essentiellement religieux sous cela, on ne peut pas en faire un crime parce qu'il y a des gens qui sont d'une autre religion dans les pays où l'on reconnaît la différence.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous l'utilisez un peu comme argument.

M. Boisvert: Je le cite. Je pense que c'est un début de réflexion. Bien sûr, on peut ouvrir la porte un petit peu ou très grande.

[Translation]

Pour conclure, je dirais que pour l'essentiel la vie n'est pas une notion transcendante. La plupart des grands spécialistes de l'éthique conviennent que l'euthanasie à la demande est légitime dans quelques rares circonstances, qu'il y a des risques, que la pente est dangereuse — mais on risque peut-être encore plus si l'on ne fait rien que si l'on accorde une petite ouverture.

Je considère qu'il est prématuré de voter sur cette question mais qu'il n'est pas prématuré d'en relancer l'étude.

Senator Lavoie-Roux: Thank you, Dr. Boisvert. I imagine you speak French.

Mr. Boisvert: As you know, Senator Lavoie-Roux, when an English text is translated into French, the French version is much longer. I thought that, if I spoke in English, I would have time for a few more sentences.

Senator Lavoie-Roux: Thank you, Dr. Boisvert, for coming to give us a point of view that may be different from that of several witnesses we have heard so far.

I would just like to refer to page two of your brief, where you quote the law professor, Mr. Williams.

...toutes les objections au sujet de l'euthanasie reposent essentiellement sur des croyances religieuses cachées ou ouvertement déclarées, et pour cette seule raison il convient de décriminaliser cette dernière.

I cannot agree with that. It does not seem certain to me that people will decide to vote according to their conscience; our fear has much more to do with what you call the "slippery slope" than with religious beliefs.

I am not entirely sure that I agree with you when you compare the "slippery slope" concerning euthanasia or the liberalization of euthanasia with the "slippery slope" concerning abortion.

Abortion has to do with persons who are not yet born. Euthanasia has to do with persons who are living. I think that physicians, up to a point, and rightly, play God to some extent, that is, they determine the prognosis, for example. I just wanted to make that point clearer.

Mr. Boisvert: It is not my opinion that it should be decriminalized; it is the opinion of Professor Williams when he examines the issue. From the philosophical and legal standpoints, he says that, while it is true that this issue has an essentially religious savour, it cannot be made a crime because there are people of other religions, and countries in which such differences are recognized.

Senator Lavoie-Roux: To some extent, you are using that as an argument.

Mr. Boisvert: I am quoting him. I think that is a starting point from which to address the issue. Of course, the door could be opened a little, or very wide.

[Text]

Le sénateur Lavoie-Roux: Il y a deux questions précises que je veux vous poser. La première se trouve à la page trois, à l'alinéa "D" de votre mémoire, quand vous dites:

The sanctity of life is a void construct if it does not apply to autonomous human beings.

Je voudrais que vous me donniez votre définition de «autonomous human beings».

Dans le cas de personnes qui sont très handicapées, d'un enfant qui naît handicapé ou d'un quadraplégique (parce que ce sont des personnes qui n'ont pas d'autonomie ou une autonomie parfois très réduite) est-ce que à ce moment-là, on pourrait éventuellement les considérer pour l'euthanasie?

M. Boisvert: Le mot est mal choisi. Je pense que le mot qui devrait être là, c'est «compétents», au sens de l'euthanasie sur demande. «Mercy killing», au niveau de la définition, c'est effectivement un meurtre par bonne intention.

Mais, à partir de la définition c'est un meurtre parce qu'il n'y a pas le consentement de la personne. Le suicide assisté, l'euthanasie sur demande, est la seule chose, je pense que l'on devrait considérer. Elle suppose qu'un individu...lorsque l'on parle de suicide, forcément, c'est la personne qui le demande. C'est auto.

C'est ce que je veux dire. Cela ne s'adresse exclusivement qu'à des gens qui sont compétents, qui prennent cette décision et qui la demandent avec compétence.

Le sénateur Lavoie-Roux: D'accord.

Finalement, il semble que vous souhaiteriez, compte tenu de votre expérience, que l'on devrait peut-être aller vers une certaine libéralisation de l'euthanasie.

Est-ce que vous êtes capable de nous définir de quelle façon cette libéralisation devrait se traduire dans la réalité? Est-ce que ce serait strictement quand les gens en font la demande? Quels sont vos termes de référence?

M. Boisvert: Vous savez, je suis un clinicien. J'ai des problèmes à régler au chevet du malade.

Ce que j'ai dit au début, c'est: commençons par régler les cas précis. Je ne suis pas un expert, c'est évident que je vais tomber dans toutes sortes de pièges légaux, mais j'ai peine à croire que des experts ne pourraient pas ouvrir une petite fenêtre pour des cas précis où le patient est évidemment en fin de vie, il est compétent, il est en grande détresse, et cetera.

Ce sont ces fameux cas où les éthiciens disent: «Il n'y a aucune règle qui tient et vous êtes légitimés de le faire».

Je pense que si l'on regroupait des experts en droit, en éthique, en pratique clinique, et cetera, l'on pourrait en venir à définir, justement, ce que j'appelle «cette petite fenêtre» qui serait ce champ d'action où déjà l'on reconnaît la légitimité de la chose.

Je pense que des experts en droit devraient être capables, après un an de réflexion de jouer sur les virgules et les mots, de trouver une façon d'ouvrir cette petite porte. Je ne le sais pas mais cela peut être une variante des comités d'avortement que nous avions dans le passé.

[Traduction]

Senator Lavoie-Roux: I have two specific questions to ask you. Concerning the first, I refer to page three, paragraph D of your brief, where you say:

Le caractère sacré de la vie est un principe théorique qui ne s'applique pas à des êtres humains autonomes.

I would like you to give me your definition of "autonomous human beings".

Could persons who are very disabled, such as a child born with a disability or a quadriplegic person — who have no autonomy or sometimes very limited autonomy — then be considered for euthanasia?

Mr. Boisvert: That is not the best word. I think the word that should be used is "competent", in the context of euthanasia on request. Mercy killing, as defined, is indeed murder for compassionate reasons.

But, by definition, it is murder because there is no consent by the patient. Assisted suicide, euthanasia on request, is the only thing, I think, that should be considered. That concept is based on the assumption that a person . . . when we speak of suicide, by definition, it is at the patient's request. That goes without saying.

That is what I mean. I mean only persons who are competent, who make that decision and request it while they are competent.

Senator Lavoie-Roux: All right.

Lastly, it seems that, in light of your experience, you would like to see some degree of liberalization of euthanasia.

Can you define for us how this liberalization should be made a reality? Would it be strictly when people requested it? What are your terms of reference?

Mr. Boisvert: You know, I am a clinician. I have problems to solve at the bedside.

What I said at the beginning was: Let's start by dealing with specific cases. I am not an expert, and clearly I will fall into all sorts of legal traps, but I have trouble believing that experts could not open up a small window for specific cases in which the patient is clearly at the end of life, competent, in great distress, and so forth.

Those are the cases in which the ethicists say: No rule applies; you are authorized to go ahead.

I think that if we brought together experts in the law, ethics, clinical practice and other fields, we could manage to define just that: what I call that small window, which would be the area in which the legitimacy of that act is already recognized.

I think that experts in law should be capable, after a year of poring over jots and tittles and terminology, to find a way to open that small window. I do not know, but it could be a variation on the abortion committees that we had in the past.

[Texte]

Le sénateur Lavoie-Roux: En ce moment nous n'avons plus rien!

M. Boisvert: D'accord. Je vous le souligne comme modèle.

Au début c'était moins bien et à la fin nous avons appelé cela du "rubber stamping". Cela démontre quand même qu'il y aurait moyen et cela dépend de la volonté et du sérieux du sujet. Je suis d'accord avec vous que c'est plus important quand on pense à un être vivant qu'à un embryon.

Cela aussi dépend du point de vue où l'on se place. L'embryon a toute sa vie devant lui. Il n'est pas consentant à ce qu'on lui fait. Il ne peut pas consentir. Mais en tant qu'êtres humains on joue sur les mots de la légalité. On dit que ce n'est pas une personne mais que c'est un être humain. Je suis un biologiste, un médecin. Je ne suis pas un avocat.

Pour moi, l'embryon, c'est un être vivant mais on le tue quand même!

Le sénateur Lavoie-Roux: Il n'est pas encore compétent.

M. Boisvert: Je suis d'accord mais il y a une sorte de continuum, là. Par contre, on ne respecte pas un individu compétent et à qui il reste deux semaines à vivre.

On lui dit que l'on respecte sa vie mais on ne le respecte pas, lui. Ce que je dis, c'est que nous n'avons pas le droit de dissocier le concept de vie (qui est une définition) complètement d'un individu. L'on dit: Je respecte ta vie mais je ne te respecte pas.

Dans la clinique, au chevet du malade, il est impossible de faire cela.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'ai une dernière question, madame la présidente. J'y reviendrai plus tard, si vous me le permettez, parce qu'elle m'a échappée.

La présidente: C'est bien. Sénateur Beaudoin.

Le sénateur Beaudoin: Vous dites que l'on devrait légaliser lorsque c'est de l'euthanasie sur demande. Qu'est-ce que l'on fait avec les gens qui ne peuvent pas le demander?

M. Boisvert: Je n'ai pas de réponse. Je vais vous répondre ce que je viens de dire au sénateur Lavoie-Roux.

Ce n'est pas parce qu'il y a des situations qu'on ne peut pas régler que l'on ne devrait pas régler celles que l'on peut régler.

Commençons par régler les cas que l'on peut régler. Parce que nous sommes limités, que nous sommes des êtres humains et que nous n'avons pas la science infuse, reconnaissons qu'il y a des zones qui sont tellement grises qu'elles sont noires, où nous ne sommes pas prêts et capables de bouger. Mais là où nous le pouvons, pourquoi est-ce que nous ne bougerions pas? Il y des cas qui sont inopérables, l'on ne les opèrent pas. Mais ce n'est pas parce que nous ne pouvons pas opérer tout le monde, que l'on ne devrait pas opérer ceux que l'on peut opérer.

Je pense que c'est ainsi que j'aborderais le problème, en tous les cas.

[Translation]

Senator Lavoie-Roux: Right now we no longer have anything!

Mr. Boisvert: I agree. I point it out to you as an example.

At the beginning it was not as good, and at the end we called it "rubber stamping". That does show that it could be done; it depends on will, and on the seriousness of the issue. I agree with you that it is more important when we are considering a living being than an embryo.

It also depends on where you are. The embryo has its entire life ahead of it. It does not consent to what is done to it; it cannot consent. But, as human beings, we are engaging in legal word play. We say that it is not a person but that it is a human being. I am a biologist, a physician. I am not a lawyer.

In my opinion, the embryo is a living being but we kill it anyway!

Senator Lavoie-Roux: It is not yet competent.

Mr. Boisvert: I agree, but there is a sort of continuum there. On the other hand, we do not respect a competent person who has two weeks left to live.

Such persons are told that their life is respected, but they themselves are not respected. What I am saying is that we do not have the right to consider the concept of life — which is a definition — completely apart from an individual. We say: I respect your life but I do not respect you.

In clinical practice, at the bedside, it is impossible to do that.

Senator Lavoie-Roux: I have one last question, Madam Chairman. I shall ask it later, if you will allow me, because it has slipped my mind.

The Chairman: Fine. Senator Beaudoin.

Senator Beaudoin: You say that we should legalize euthanasia if it is on request. What do we do with people who cannot request it?

Mr. Boisvert: I do not have an answer. I shall answer you with what I just said to Senator Lavoie-Roux.

Just because there are situations that we cannot deal with does not mean that we should not deal with those we can.

Let us begin by dealing with the cases we can deal with. Because we are limited, because we are human beings, and because we do not have innate knowledge, let us recognize that there are areas that are so gray they are black, in which we are not prepared or able to act. But, where we can act, why would we not do so? There are inoperable cases; we do not operate on them. But the fact that we cannot operate on everyone does not mean that we should not operate on those on whom we can.

In any case, I think that is how I would address the issue.

[Text]

Le sénateur Beaudoin: Je comprends cela mais seulement sur le plan des principes, il reste qu'un principe vaut pour tout le monde.

Il y a une autre chose. Vous dites que le caractère sacré de la vie est nécessairement religieux. Je ne voudrais pas faire de la sémantique ici, mais il y des athées notoires qui parlent du caractère sacré de la vie! Il n'en sont pas moins athées ou du moins très agnostiques mais...enfin!

À ce moment-là vous dites: Faisons du cas par cas. C'est parce que le Parlement, lui, agit par une loi. Dans une loi, il faut essayer d'être logique et il faut essayer de répondre à des besoins. Je pense que c'est très difficile pour un comité comme le nôtre de dire: «L'on va régler un cas ou deux et puis les autres, nous ne les réglerons pas».

J'ai peut-être une petit peu plus d'ambition que cela! De toute façon, nous faisons un rapport pour aider les députés et les sénateurs qui pourraient être appelés à se prononcer sur le suicide assisté et l'euthanasie.

Tout ce que nous entendons depuis le début des audiences, je trouve cela très utile, notamment les définitions, et cetera. Je pense que nous progressons beaucoup. À un moment donné nous serons obligés de se fier aux témoignages des grands experts qui disent: «Moi, je suis pour l'euthanasie active ou passive ou je suis pour le suicide assisté ou non et pour telles raisons». Chacun vote selon sa conscience, bien sûr!

Je pense que ce que l'on peut attendre des témoins, c'est qu'ils nous donnent leurs vues et qu'ils nous disent pourquoi. Tous les experts ne sont pas du même côté. C'est normal.

Par exemple, le suicide assisté, pour certains, c'est de l'euthanasie. Pour vous, c'est une forme d'euthanasie sur demande, c'est exact?

M. Boisvert: C'est exact, pour moi c'est synonyme.

Le sénateur Beaudoin: Cela répond à mes questions.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous mettez beaucoup d'accent (avec raison) sur l'euthanasie sur demande. Comme vous avez eu une longue expérience dans le domaine des soins palliatifs (vous êtes un oncologiste) est-ce que vous pensez que vous avez les outils nécessaires, s'il y a lieu, pour distinguer entre la demande qui vient du patient et la demande qui vient de sa famille et la possibilité de la famille d'influencer la demande du patient?

M. Boisvert: C'est une bonne question à laquelle je crois qu'il y a une réponse, dans la mesure où jamais un geste euthanasique serait posé avec empressement.

J'en ai discuté avec des confrères psychologues et psychiatres. Ils sont d'avis que, si un psychologue ou un psychiatre chevronné interviewait la personne qui fait la demande, en toute probabilité (entre guillemets effacés) il serait possible de détecter avec précision si oui ou non il y a eu des influences indues de la famille.

Mon expérience me dit que oui, que ce n'est pas étonnant, de la même façon que des limiers rusés finissent par sortir les vers du nez des criminels, comme l'on dit. Là où il y aura une relation de

[Traduction]

Senator Beaudoin: I understand that, but only on the level of principle; and it is still true that a principle is valid for everyone.

There is one other thing. You say that the sacred nature of life is necessarily religious. I would not want to engage in semantic quibbles here, but there are notorious atheists who speak of the sacred nature of life! They are no less atheist, or at least very agnostic, but . . . anyway.

At this point you are saying: Let us proceed on a case-by-case basis. I make this point because Parliament, on the contrary, acts on a legislative basis. In a piece of legislation, we must try to be logical and to meet needs. I think it is very difficult for a committee like ours to say that we are going to settle one or two cases and not the others.

I may have a little more ambition than that! In any case, we are producing a report to assist MPs and senators who could be called upon to give their opinion on assisted suicide and euthanasia.

I find all of what we have heard since the beginning of the hearings very helpful, particularly the definitions, for example. I think that we are making a great deal of progress. At one point we shall have to rely on the testimony of prominent experts who say: Personally, I am for active or passive euthanasia, or I am against assisted suicide or not, and for these reasons. Everyone votes according to their conscience, of course!

I think that what we can expect of witnesses is that they give us their views and their reasons. All the experts are not of the same opinion. That is to be expected.

For example, in some people's opinion, assisted suicide is euthanasia. In your opinion, it is a form of euthanasia on request; am I right?

Mr. Boisvert: That is correct: in my opinion, it is a synonym.

Senator Beaudoin: That answers my questions.

Senator Lavoie-Roux: You place a great deal of emphasis — rightly — on euthanasia on request. Since you have had lengthy experience in the field of palliative care — you are an oncologist — do you think that you have the necessary tools, when appropriate, to distinguish between a request that comes from a patient and a request that comes from the patient's family, and to assess the possibility that the family is influencing a request by the patient?

Mr. Boisvert: That is a good question, to which I feel there is an answer, to the extent that an act of euthanasia would never be made in haste.

I have discussed that issue with psychologist and psychiatrist colleagues. They are of the opinion that, if an experienced psychologist or psychiatrist interviewed the person making the request, in all probability, as we say, it would be possible to detect accurately whether or not there was undue influence by the family.

My experience tells me that, yes, it is not surprising — in the same way that clever detectives end up wringing confessions from criminals, to use that cliché. Where there is a relationship of trust,

[Texte]

confiance, en plus, et peut-être deux ou trois interviews, je pense qu'il faudrait étudier le sérieux de cela.

Les réponses que j'ai obtenues, c'est: «Oui, il y a des moyens». En médecine et dans la vie courante, il n'y a jamais rien qui est 100 p. 100. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de risques. Mais d'après l'opinion des experts que j'ai consultés il semble qu'il y aurait assez facilement une vraie possibilité de détecter les influences indues.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce qui voudrait dire que dans chacun des cas où l'on demanderait l'euthanasie et que la famille serait impliquée de près, vous feriez passer cette entrevue?

M. Boisvert: Absolument! Ce serait une évaluation psychologique et évidemment totale, bien sûr.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous remercie.

Senator DeWare: Mr. Boisvert, on March 15 we heard from Mr. Keyserlingk to set the stage for our discussions to begin. He was an excellent witness and we wish to place a great deal of emphasis on the Holland situation. He was part of a commission in 1983 set up by the Honourable Mark MacGuigan. At the time the commission recommended against legalization or decriminalization of voluntary active euthanasia.

We asked him on March 15, 11 or 12 years later, how he felt about it and he said there had definitely been a total public attitude change. He also felt there was an attitude change by professionals in Canada. He wondered if the motive behind the opposition to mercy killing was still there. One of the largest concerns in 1983 was the motive or the reason behind the assistance. If there were some manner in which we could clear that up and ensure there are no abuses of any type, there would not be so much reluctance on behalf of the people and also the medical profession.

Mr. Boisvert: I presume that most of you are not physicians. I have spoken to very reliable people who are totally worthy of my trust in many areas of the province of Quebec, which I tour nearly every year, by chance meeting people in our field: palliative care, death and dying. We are playing ostrich if we do not believe that covert active euthanasia is being practised right now. On Friday people who are near dying have their doses of morphine increased by 50 per cent, 100 per cent or 150 per cent. What those people have told me, the words which are whispered when they believe there is some trust, "So and so is dying anyway and I need the bed for Monday."

This is taking place now. The extent of it no one knows. It does take place and we would be playing ostrich if we did not think it was happening.

I have read many articles and heard many arguments which state that physicians want power and that there are risks. The risks are present right now in the situation we are presently in, with cost and bed cutting or where there is no mentality. My own

[Translation]

as well, and perhaps two or three interviews, I think the seriousness of that possibility should be examined.

The responses I obtained were: Yes, there are ways. In medicine and in daily life, nothing is ever 100 per cent certain; I do not say there are no risks. But, in the opinion of the experts I consulted, it seems that there would quite easily be a genuine possibility of detecting undue influence.

Senator Lavoie-Roux: Would that mean that in each case in which euthanasia was requested and the family were closely involved, you would have that interview conducted?

Mr. Boisvert: Absolutely! It would be a psychological assessment, and obviously a complete one, of course.

Senator Lavoie-Roux: Thank you.

Le sénateur DeWare: Monsieur Boisvert, nous avons entendu le 15 mars M. Keyserlingk, qui a donné le ton à nos discussions. Il s'est montré un excellent témoin et nous tenons à nous inspirer de la situation hollandaise. Il a fait partie de la commission mise sur pied en 1983 par l'honorable Mark MacGuigan. À l'époque, la commission s'était prononcée contre la légalisation ou la décriminalisation de l'euthanasie active volontaire.

Nous lui avons demandé le 15 mars, soit 11 ou 12 ans plus tard, ce qu'il pensait de cette situation et il nous a déclaré que l'opinion publique avait complètement changé à ce sujet. Il estime par ailleurs que l'attitude des professionnels de la santé a elle aussi changé. Il s'est demandé si les raisons qui justifiaient que l'on refuse de tuer un malade pour abrégé ses souffrances étaient encore présentes. En 1983, on se préoccupait beaucoup de savoir quel était le motif ou la raison venant justifier cette assistance. Si l'on trouvait le moyen d'écarter cette objection et de s'assurer qu'aucun abus, quel qu'il soit, ne va se produire, il y aurait moins de réticences de la part de la population ainsi que des membres de la profession médicale.

M. Boisvert: J'imagine que pour la plupart d'entre vous, vous n'êtes pas des médecins. J'ai eu l'occasion de parler à des personnes particulièrement fiables, qui sont tout à fait dignes de ma confiance, dans de nombreuses régions de la province du Québec, que je parcours presque chaque année, et j'ai pu rencontrer des gens qui travaillent dans mon domaine: les soins palliatifs, la mort et les malades à l'agonie. C'est se mettre la tête dans le sable que de croire que l'euthanasie active n'est pas pratiquée en cachette à l'heure actuelle. Le vendredi, on augmente de 50 p. 100, de 100 p. 100 ou de 150 p. 100 les doses de morphine des mourants. Les responsables me disent sous le sceau du secret, lorsqu'ils savent qu'ils peuvent avoir confiance: «Un tel est de toute façon en train de mourir et j'ai besoin du lit lundi.»

C'est ce qui se passe à l'heure actuelle. Jusqu'à quel point, personne ne le sait. C'est la réalité et on se raconte des histoires si on veut croire le contraire.

J'ai lu de nombreux articles et entendu de nombreux arguments affirmant que les médecins veulent du pouvoir et qu'il y a des risques. Les risques existent dans la situation actuelle lorsqu'on comprime les coûts, lorsqu'on réduit le nombre de lit ou lorsqu'on

[Text]

belief is that what is needed is not legalization next month. I too am against legalization now.

I am repeating myself, but we have to re-examine the situation. I hear that we are exactly at a different level as Senator Lavoie-Roux stated. We are starting a process that started 30 years ago with abortion. The slippery slope right now is not where we think it will be, and that is the point.

Senator DeWare: I do not think any of us question the ethics of our medical profession. Our major concern would be pressure from families that may feel that it is time for grandma or grandpa to be taken out, for whatever reason, and that is the one that could be abused.

Mr. Boisvert: The least of my fears, to be honest, is the pressure of families on physicians. I am not saying it is not a concern, only that it is the least of my concerns. The larger concern is the pressure of the family on the patient. My expert colleagues tell me that they can push away that concern. The concern on physicians, well ... nous avons les politiciens que nous méritons et nous avons les médecins que nous méritons.

My colleagues are like all of us, reasonably professional and ethical. I believe resisting a family, given the importance of the gesture to me, is no concern at all. Someone telling me, "Why don't you give an injection to my mother?" who would never have talked about it nor asked for it, I do not see at all. It is a concern, I am not blind. There is a definite concern that pressure be put on the patient. For sure we have to create for them a security blanket as big and as tight as we can.

We have to think of the alternative, of people who suffer a miserable death when their own philosophy, their own beliefs and so on do not allow them at all to shorten their lives by two weeks.

Senator Keon: Dr. Boisvert, I certainly appreciate everything you have had to say. It is an extremely difficult situation to deal with. I could identify with some of your patients when we were watching them.

I think there is a quantum difference in what you describe as somebody turning up the dose of morphine on Friday afternoon, or whatever day, and the act of giving the shot of intravenous morphine, which is the definitive act. I say that because the public is now protected by the usual process of death rounds and so on. If there is too much morphine entered in the chart, then whoever ordered it is in trouble. There is no question about it. To give people the authority to give intravenous morphine and finish it is of a different order from what you are describing.

[Traduction]

manque de principes. Je considère personnellement qu'il ne s'agit pas de légaliser le mois prochain. Je suis moi aussi contre une légalisation dans l'immédiat.

Je me répète, mais il nous faut réexaminer la situation. D'après ce que j'entends dire, nous en sommes très précisément à un niveau différent de comme l'a indiqué le sénateur Lavoie-Roux. Nous empruntons la même voie que celle que nous avons suivie il y a 30 ans au sujet de l'avortement. La pente dangereuse, à l'heure actuelle, n'est pas où nous pensons qu'elle va être, et c'est là toute la question.

Le sénateur DeWare: Je ne crois pas qu'il y ait quelqu'un parmi nous pour mettre en question l'éthique de la profession médicale. Ce qui nous inquiète surtout, ce sont les pressions exercées par les familles qui pourraient penser qu'il est temps de faire passer de vie à trépas la grand-mère ou le grand-père, pour une raison ou pour une autre, et c'est là qu'il y a un risque d'abus.

M. Boisvert: Le dernier de mes soucis, je vous le dis bien franchement, ce sont les pressions susceptibles d'être exercées par les familles sur les médecins. Je ne dis pas que ce n'est pas un sujet de préoccupation, seulement que c'est le moindre de mes soucis. Je me soucie davantage des pressions exercées par les familles sur les malades. Mes collègues spécialistes me disent qu'ils sont en mesure d'écarter ce sujet de préoccupation. Quant aux inquiétudes concernant les médecins, disons ... nous avons les politiciens que nous méritons et nous avons les médecins que nous méritons.

Mes collègues sont comme nous tous, raisonnablement professionnels et soucieux de l'éthique. Je crois qu'il n'y a absolument pas à se préoccuper de la possibilité de résister aux familles, étant donné l'importance de ce geste à mes yeux. Je ne vois pas quelqu'un venir me dire «Pourquoi ne faites-vous pas une injection mortelle à ma mère», alors que celle-ci n'en a jamais parlé et ne l'a jamais demandé. Il y a là un sujet de préoccupation, je ne suis pas aveugle. Il y a définitivement matière à se préoccuper des pressions exercées sur les malades. Il est clair qu'il nous faut prévoir à leur intention des mesures de protection aussi strictes que possible.

Il nous faut considérer l'envers du problème, les gens qui meurent dans des conditions horribles parce que leur propre philosophie, leurs propres croyances, et cetera, ne leur permettent pas de raccourcir leur vie de deux semaines.

Le sénateur Keon: Docteur Boisvert, je n'ai pas manqué d'apprécier tout ce que vous aviez à nous dire. Nous sommes là placés devant une situation extrêmement difficile. En regardant certains de vos malades, je pourrais m'identifier à eux.

Je crois qu'il y a un saut qualitatif entre la situation que vous décrivez, lorsqu'on augmente la dose de morphine le vendredi après-midi, ou tout autre jour de la semaine, et l'acte qui consiste à faire une piqûre de morphine par voie intraveineuse, un acte qui est sans lendemain. Je vous le dis parce que le public est aujourd'hui protégé par des opérations de routine telles que les rondes effectuées après la mort des malades, et cetera. Si l'on voit sur le tableau que l'on a administré trop de morphine, le responsable a des comptes à rendre. C'est indéniable. Donner aux gens le pouvoir d'administrer de la morphine par voie

[Texte]

I recall once, when I was training in Montreal, a severely burned patient who had been burned so badly that he had lost his fingers, toes, ears and so forth. In the course of trying to relieve his suffering, the resident, by mistake, went into a vein and the patient expired a couple minutes later. There was great consternation around the bed about what should be done about this, even though it was obvious that this patient would not make it through the night. It was a difference of a few hours. However, the process was there to protect that patient against being administered a lethal dose of drug.

I have great concerns about seeing this process go. I want to take it a step further from your slides.

For all of us who are involved with a patient who is in a terminal situation, one of the problems we have is that we are frequently too energetic in supporting them. I have listened to the palliative care people who preceded you. You are in it yourself, Dr. Boisvert. In looking at the whole situation with a great deal of sobriety, the truth is that from a physiological point of view if you do not feed and hydrate a patient, then that patient will not last a week. If a patient who really wants to go says, "Don't give me food or water," he will not be there next week, unless it is given against his will.

The need to give a patient a shot of morphine on Monday morning is very questionable, when you know he can be gone on his own by Friday night. I think we have to have a great deal of caution in getting into that field.

Mr. Boisvert: I understand and I quite agree with you, senator. You seem to make a parallel between two situations which, to me, are very different. The people who increase the dose of morphine on weekends do it with a clear intent. I am saying that this could be considered undercover, slow, active euthanasia.

When I talk about giving intravenous morphine or whatever, it is not a privilege for the physicians that we are looking for. I am saying that if that patient requests that, and if all these conditions we are talking about have been well looked into, then it is different. It is not the fact that the doctor can do it with a rapid IV as opposed to slowly over the weekend. What I was saying before about the people over the weekend was that there is evidence that this is done. It is a form of unlabelled active euthanasia.

Senator Keon: I would like to come back to something that I have asked many people. In particular, I want to come back to the patient who died of the squamous cell carcinoma. What troubles me is that we do not understand what is going on in that fellow's psyche and physiology that he would let himself do that.

[Translation]

intraveineuse et d'en finir n'est pas de la même nature que ce que vous êtes en train de décrire.

Je me souviens, lorsque j'étais en stage à Montréal, d'avoir vu arriver un malade si gravement brûlé qu'il avait perdu ses doigts, ses orteils, ses oreilles, et cetera. En essayant d'alléger ses souffrances, l'interne, par erreur, a touché une veine et le malade est mort quelques minutes plus tard. Il y a eu une grande consternation parmi les gens qui étaient à son chevet et l'on s'est demandé ce qu'il fallait faire dans cette situation, même s'il était évident que ce malade serait mort pendant la nuit. La différence n'était que de quelques heures. Il y avait toutefois un état d'esprit visant à protéger le malade contre l'administration de toute dose médicamenteuse mortelle.

Je suis très préoccupé par la façon dont évolue cette situation. Je voudrais revenir sur vos diapositives pour pousser l'analyse un peu plus loin.

L'une des difficultés, pour tous ceux d'entre nous qui ont eu affaire à un malade en phase terminale, c'est que bien souvent nous nous acharnons trop à le maintenir en vie. J'ai entendu ce que nous ont dit les responsables des soins palliatifs qui vous ont précédé. Vous aussi, vous travaillez dans ce domaine, D^r Boisvert. Si l'on considère la situation avec un regard détaché, il est indéniable que d'un point de vue physiologique, si vous vous abstenez d'alimenter et d'hydrater le malade, ce dernier ne tiendra pas une semaine. Si un malade qui veut vraiment en finir vous dit: «Je ne veux pas qu'on m'alimente ni qu'on me donne de l'eau», il ne sera plus là la semaine suivante, à moins qu'on ne le nourrisse et le fasse boire contre sa volonté.

On peut fortement douter de la nécessité de faire au malade une piqûre de morphine le vendredi soir lorsqu'on sait qu'il peut aussi bien être mort le lundi matin s'il est abandonné à son propre sort. Je crois qu'il nous faut être très prudent lorsqu'on s'engage dans ce genre de voie.

M. Boisvert: Je comprends, et je suis tout à fait d'accord avec vous, sénateur. Vous semblez faire un parallèle entre deux situations qui, à mes yeux, sont très différentes. Les gens qui augmentent la dose de morphine le week-end le font avec une intention délibérée. Je dis qu'on peut considérer cette pratique comme de l'euthanasie active, lente et détournée.

Lorsque je parle d'une injection de morphine par voie intraveineuse ou de toute autre chose de ce type, ce n'est pas là un privilège que réclament les médecins. Je dis que si le malade le demande et que si toutes les conditions dont nous parlons sont bien réunies, la chose est alors différente. Il ne s'agit pas de savoir si le médecin peut procéder rapidement en injectant une haute dose ou s'il va le faire lentement pendant la fin de semaine. Ce que je voulais dire à propos des agissements qui ont lieu en fin de semaine, c'est que l'on a des preuves de l'existence de cette pratique. C'est une forme d'euthanasie active qui ne dit pas son nom.

Le sénateur Keon: J'aimerais revenir à une question que j'ai posée à de nombreuses personnes. J'aimerais en particulier en revenir à ce malade qui est mort d'un épithélioma malpighien de la peau. Ce qui m'inquiète, c'est que nous ne comprenons pas ce qui se passe d'un point de vue psychologique et physiologique

[Text]

He could have stopped eating and drinking months before squamous cell carcinoma ate away the side of his face. Certainly, most of us would do that. But he volunteered to keep himself nourished and so forth until that happened.

I want to talk about the whole derangement of the brain that occurs. I hate to throw the technical words around. I have used them before. However, I do want to do it with you, Dr. Boisvert. There are the derangements of psychopharmacology, neuropharmacology, psychopathology, neuropathophysiology, et cetera. There is nothing on it that I can find in the literature. Yet we are talking from a social point of view about a commitment to put somebody out when we do not know what is occurring at the individual synapses that are in the brain.

Mr. Boisvert: In most cases I dare say we know enough to affirm that the patient, according to his loved ones who have known him for years, is not that different so as not to make sense. Let me give you an example. This is in answer to your concern about why they did not let themselves die six months before.

There is no doubt that the will to live is very strong. We all want to live. I forget which famous philosopher said this of himself, and I am paraphrasing: When the burden of life is worse than the fear of dying, I will choose to die. That is what happens to these people in spite of mutilating illnesses, in spite of suffering, symptoms and medication that carry their own side effects. The drive to live goes on. However, as with everything else, there is a threshold. There is a point where the glass spills. They are willing to go on living until then, but they are not willing to go on living until then if there is no hope of things getting better.

Let me give you an example, senator. I have a 66-year old female patient now. She will likely die in the next two months or so. I know her well. I have cared for her for nearly two years. We are very friendly, as physicians and patients can become in these very intimate situations. She has bowel and rectal cancer. Months ago, it invaded through her bladder and vagina. For all kinds of medical details that there is no point going into, 24 hours a day she has what is to her the utmost indignity. She has bladder leak through the vagina and bowel movement and so on and so forth. It gives terrible odour. You walk in the house and it catches you at the throat. She is well aware of it. She was an absolutely meticulous, clean lady. She has pain which is 90 per cent controlled. The pain is not the problem. The problem for her is this total indignity. She has been asking me to send her to heaven for weeks.

[Traduction]

chez cet homme pour qu'il en arrive à cette extrémité. Il aurait pu arrêter de manger et de boire des mois avant que l'épithélioma malpighien de la peau ne lui ronge tout un côté de la figure. C'est certainement ce que nous ferions pour la plupart d'entre nous. Lui, a toutefois accepté de se laisser nourrir, et cetera, jusqu'à ce que la chose se produise.

Je voulais vous parler des bouleversements qui se produisent alors dans le cerveau. Je n'aime pas employer le jargon médical. Il m'est arrivé de le faire auparavant, mais je vais m'en abstenir avec vous, Dr Boisvert. Il y a les bouleversements sur le plan psychopharmacologique, neuropharmacologique, psychopathologique, neuropathophysologique, et cetera. Il n'y a rien que je puisse trouver à ce sujet dans les ouvrages médicaux. Pourtant, nous voilà en train de discuter d'un point de vue social de la possibilité de mettre fin aux jours d'une personne sans savoir ce qui se passe exactement au niveau des synapses de son cerveau.

M. Boisvert: Dans la plupart des cas, je n'hésiterai pas à dire que nous en savons suffisamment pour affirmer que le malade, si l'on en croit les êtres qu'il aime et qui le connaissent depuis des années, n'a pas suffisamment changé pour que ce qu'il dise n'ait aucun sens. Laissez-moi vous donner un exemple. C'est pour répondre à votre interrogation, lorsque vous vous demandez pourquoi ce malade ne s'est pas laissé mourir six mois plus tôt.

Il est indéniable que la pulsion de vie est très forte. Nous voulons tous vivre. Je ne sais plus quel grand philosophe l'a dit à propos de lui-même, et je le paraphrase: lorsque la difficulté de vivre sera plus forte que la peur de mourir, je choisirai de mourir. C'est ce qui arrive chez ces gens en dépit des maladies débilantes, en dépit des souffrances, en dépit des symptômes et des médicaments qui ont leurs propres effets secondaires. La volonté de vivre est toujours là. Néanmoins, comme dans toute chose, il y a une limite. À un moment donné, le vase déborde. Jusqu'alors, ils voulaient continuer à vivre, mais ils n'en ont plus la volonté à partir du moment où il n'y a plus d'espoir d'amélioration.

Je vais vous donner un exemple, sénateur. J'ai à l'heure actuelle une malade âgée de 66 ans. Elle va vraisemblablement mourir dans les deux mois qui viennent ou quelque chose comme ça. Je la connais très bien. Je la soigne depuis près de deux ans. Nous sommes de bons amis, comme ce peut être le cas entre le médecin et son malade dans les situations très intimes. Elle a un cancer de l'intestin et du rectum. Il y a quelques mois, le cancer a envahi la vessie et le vagin. Pour tout un tas de raisons médicales dont le détail ne nous intéresse pas ici, elle doit 24 heures sur 24, vivre dans des conditions qui s'apparentent pour elle à une déchéance absolue. Elle est incontinente, sa vessie et ses intestins se vident sans qu'elle puisse les contrôler, et cetera. L'odeur est insupportable. Vous entrez dans la maison et ça vous prend à la gorge. Elle en a parfaitement conscience. C'était une femme très propre, très méticuleuse. Sa douleur est contrôlée à 90 p. 100. Ce n'est pas la douleur qui constitue un problème. Le problème, en ce qui la concerne, c'est la déchéance totale. Elle me demande depuis des semaines de l'envoyer dans l'autre monde.

[Texte]

She has a loving husband who has cared for her through all her illness. He is still at her side and with tears in his eyes while he is there he says, "Well, I understand that she wants to go because there is nothing else for her. She is so weak she can barely move." She is with her husband. They have been together for 35 years or so. It is what I call moral harassment that if not once but 10 times and 20 times somebody tries to tell her that her life is still worth living when she is telling me, "I have had enough." She stood it until two months ago. She now says, "I want out." Her husband says, "Look, I love you, dear, but you are suffering and you are going to die anyway." On that they agree.

What do I do for her? What does Canadian medicine offer to that lady? Two more months of suffering. She is totally competent. She is no different mentally than I have known her to be for the past two years. She is more upset because she has had enough of this indignity. She smells because of this urine coming out and she tells me week after week, "I want out." She has been seen by a psychologist and a psychiatrist. They have declared her competent but not depressed. She is sad because the situation is horrible — and who would not be? But it does not appear as though the neuro-chemistry of her brain has changed her that much. She makes an intelligent, totally legitimate desire that she wants out of this misery. We have talked religion, love and philosophy of life. She says, "I can solve that problem with my God when I get there. I think he understands." She calls him "He".

This is the kind of situation I am talking about. As the clinician at her bedside, to say that we will not look after her because we cannot answer all the questions that will come and we cannot answer the questions of those who cannot ask the questions, I am not doing what that woman now needs and wants. Her pain right now is being alive. If she had pain I would give her morphine. Her pain now is in her soul. She says that the only way to get rid of that pain is to get rid of her life. What do we do?

The Chairman: Dr. Boisvert, perhaps I could ask a couple of questions. With respect to the patient you were speaking of, you mentioned to begin with that her pain was 90 per cent controlled. Is the other 10 per cent psychological suffering or is there real pain there as well at this point?

Mr. Boisvert: That is an expression that we have in our field. Approximately 10 per cent pain is pain of normal living. For example, my shoulder hurts because I played tennis last night. It is normal to say that. At 90 per cent people sleep, they do not think about it and they are not disturbed. There is no precise measurement anyway. That is her own language. She says, "Doctor, the pain is not my problem. You are taking care of it. Thank you."

[Translation]

Elle a un mari qui l'aime et qui s'est occupé d'elle pendant toute sa maladie. Il est resté à ses côtés et avec des larmes dans les yeux, il dit: «Je comprends qu'elle veuille s'en aller parce qu'il ne lui reste plus rien. Elle est si faible qu'elle peut à peine bouger.» Elle est avec son mari. Ils sont ensemble depuis 35 ans environ. Je considère que c'est du harcèlement moral que quelqu'un vienne lui soutenir, non pas une fois, mais 10 ou 20 fois, que sa vie vaut encore la peine d'être vécue alors qu'elle me dit pour sa part: «J'en ai assez.» Elle a supporté la situation jusqu'à il y a deux mois. Elle dit maintenant «Je veux en finir.» Son mari déclare de son côté: «Je t'aime, mais tu souffres trop et tu vas de toute façon mourir.» Sur ce point, ils sont d'accord.

Que vais-je faire pour elle? Qu'est-ce que la médecine canadienne a à offrir à cette femme? Deux mois supplémentaires de souffrances. Elle est totalement lucide. Elle n'est pas différente mentalement de la personne que je connais depuis deux ans. Elle est davantage bouleversée parce qu'elle en a assez de cette déchéance. Elle sent mauvais à cause de son incontinence d'urine et elle me dit chaque semaine, «Je veux en finir». Elle a été vue par un psychologue et par un psychiatre. Tous deux l'ont déclaré lucide, mais pas déprimée. Elle est triste parce que cette situation est horrible — qui ne le serait pas? Toutefois, il ne semble pas que le fonctionnement neurochimique de son cerveau ait beaucoup changé. Elle exprime un désir intelligent et totalement légitime en disant qu'elle veut en finir avec ses souffrances. Nous avons parlé de religion, d'amour et de philosophie de la vie. Elle me dit «Je pourrais toujours m'arranger avec Dieu lorsque je serai là-bas. Je pense qu'il comprend.» Elle dit «il» en parlant de lui.

Voilà le genre de situations auxquelles je me réfère. En tant que médecin à son chevet, si je dis que je ne peux pas m'occuper d'elle parce que nous ne pouvons pas répondre à toutes les questions susceptibles de se poser, parce que nous ne pouvons pas répondre à tous ceux qui ne peuvent pas poser les questions, je ne réponds pas aux besoins et aux désirs de cette femme. Sa souffrance, à l'heure actuelle, c'est d'être en vie. Si elle souffrait physiquement, je lui donnerais de la morphine. Sa souffrance, à l'heure actuelle, elle est dans son âme. Elle nous dit que la seule façon de se débarrasser de cette souffrance, c'est de lui enlever la vie. Qu'allons-nous faire?

La présidente: Docteur Boisvert, j'aurais une ou deux questions à vous poser. Pour ce qui est de la malade dont vous venez de nous parler, vous avez indiqué au début que sa douleur était contrôlée à 90 p. 100. Les 10 p. 100 restants s'expliquent-ils par la douleur psychologique ou reste-t-il une véritable douleur physique en ce moment?

M. Boisvert: C'est une expression que nous utilisons dans notre domaine. Il reste environ 10 p. 100 de la douleur dans les conditions de vie normales. Ainsi, je peux avoir mal à l'épaule lorsque j'ai joué au tennis la veille. Il est normal de dire ça. Lorsque la douleur est endormie à 90 p. 100, les gens n'y pensent pas et ils n'en sont pas gênés. De toute façon, il n'y a pas de mesure précise. C'est sa façon de parler. Elle me dit «Docteur, ce n'est pas la douleur qui me dérange. Vous avez réglé le problème. Merci.»

[Text]

The Chairman: This is suffering.

Mr. Boisvert: Yes, it is suffering. That is the fact. I have my good friends here. I want to be here and remain and fight for the palliative care movement. We need money, support and everything, but at the same time we have to be a little humble and realize that we do not have all the answers for all types of sufferings. This is an unacceptable pretension.

For that lady, on what grounds will we let her suffer? Sir Thomson once said that we are more comfortable with natural, painful death than inflicted, painless death. I have discussed the reasons for that.

The Chairman: I wish to ask you one more question. I wanted to put it to Dr. Somerville earlier, but I did not like to take the time then. Senator Keon raised it indirectly.

I have been pondering this situation and I am curious about the idea that it is quite all right for a person to say that he wants nothing more to eat or drink, but just wants to die. Senator Keon says that this could take one week. That person is in pain and suffering, yet you consider this all right ethically and medically?

Mr. Boisvert: I had another case this past month exactly, at the Montreal neurological clinic. It involved a 46-year-old man who was an ex-athlete and a computer expert. He experienced several brain hemorrhages low down in the brain. He had been living not totally vegetating but totally paralysed and unable to talk. The only thing he could do was move one hand a bit and blink his eyes. He could understand. He has since died.

That situation had been going on for years. He had a loving wife who had been at his bedside all along, as well as two kids. He was stable. Recently he was seen by two neurologists and psychiatrists at the Montreal neurological clinic; he was seen by myself, another physician and all the nurses on the floor, and we all agreed that this man understood. He had what we call a "locked in" syndrome. He could hear but could not talk or move anything. He could blink "Yes" or "No", and that was his way of communication.

Recently, and I can give you the details, he was watching television and became agitated. He communicated this through his eyes. He was asked a question about what he was watching. This occurred at Christmas, approximately five months ago. It became clear that he said that he wanted out. In other words, he wanted to end his life. This was checked by all the experts I told you about. Always the same answer came back: Yes. When he was asked, he would respond, "Yes, I want to finish this," and so on. The decision was made to do precisely what Dr. Keon said. This man was tube fed. So we pulled the tube out. He lived for 12 days with no IV or anything. He was young so he was well-hydrated and well fed. For approximately five or six of those days in my count, he was seemingly quite aware of what was going on. He was getting some morphine for pain and a

[Traduction]

La présidente: Il s'agit de souffrance.

M. Boisvert: Oui, de souffrance. C'est la réalité. J'ai de bons amis dans le mouvement des soins palliatifs. C'est là que je veux rester et continuer à lutter. Nous avons besoin d'argent, d'aide, de tout, mais il nous faut aussi rester suffisamment humbles et réaliser que nous n'avons pas toutes les réponses pour tous les types de souffrances. C'est une prétention inacceptable.

Pour ce qui est de cette femme, à quoi bon la laisser souffrir? Sir George Thomson a déclaré que nous nous sentions plus à l'aise face à une mort naturelle et douloureuse que face à une mort sans douleur infligée délibérément. J'en ai évoqué les raisons.

La présidente: J'ai une autre question pour vous. Je voulais la poser tout à l'heure au docteur Somerville, mais le temps m'a manqué. Le sénateur Keon l'a évoquée indirectement.

Je réfléchis à toute cette situation et je m'interroge au sujet de la notion selon laquelle on pourrait très bien accepter qu'une personne refuse de boire et de manger et se laisse tout simplement mourir. Le sénateur Keon a déclaré que ça pourrait prendre une semaine. La personne en question souffre, mais vous considérez qu'il n'y a aucun problème, que ce soit sur le plan médical ou celui de l'éthique?

M. Boisvert: J'ai eu un autre cas, justement le mois passé, à la clinique neurologique de Montréal. Il s'agissait d'un homme de 46 ans, un ancien athlète et un spécialiste en informatique. Il avait eu plusieurs hémorragies dans la partie inférieure du cerveau. Il n'était pas complètement réduit à l'état végétatif, mais il était totalement paralysé et dans l'incapacité de parler. Il ne pouvait que bouger légèrement la main et cligner des yeux. Il était en mesure de comprendre. Il est mort depuis.

Cette situation durait depuis des années. Il avait une femme qui l'aimait et qui était restée à son chevet tout au long de la maladie, et il avait aussi deux enfants. Son état était stable. Dernièrement, il avait été vu par deux neurologues et par des psychiatres à la clinique neurologique de Montréal; il avait été vu par moi-même, par un autre médecin et par toutes les infirmières du service, et nous étions tous d'accord pour dire que cet homme comprenait ce qui lui arrivait. Il avait ce que l'on appelle le syndrome de «l'enfermement». Il pouvait entendre, mais ne pouvait ni parler ni bouger quoi que ce soit. Il pouvait faire «oui» ou «non» en clignant des yeux, et c'était sa seule façon de communiquer.

Dernièrement, et je peux vous donner les détails de cet incident, il était en train de regarder la télévision et il est devenu agité. Il l'a fait comprendre en clignant des yeux. On lui a demandé ce qu'il était en train de regarder. C'était à Noël, il y a environ cinq mois. Il a fait clairement comprendre qu'il voulait s'en aller. Autrement dit, il voulait mettre fin à ses jours. Tous les spécialistes dont je vous ai parlé l'ont examiné. À chacun, il a répondu la même chose: oui. Lorsqu'on lui posait la question, il répondait: «Oui, je veux en finir», et cetera. Il a été décidé de faire précisément ce qu'a déclaré le Dr Keon. Cet homme était alimenté à l'aide d'un tube. On a débranché le tube. Il a vécu pendant 12 jours sans intraveineuses, sans rien. Il était jeune, bien hydraté et bien alimenté. J'ai pu compter que pendant cinq ou six jours environ, il avait l'air tout à fait conscient de ce qui se

[Texte]

little tranquilizer for muscles, and so on. He just faded away, but it took 12 days.

That is again a case where we have to do some soul searching. There was no doubt that when we pulled the tube he understood what was happening.

Dr. Somerville was talking about intent. Let's not play on words. The intent was to grant him his wish to die. We can rationalize and say, "Well, we pulled the tube out and we let the disease kill him." But unless we pulled the tube out he would have lived another 10 years until the next major bleed. The intent of removing the tube was essentially to bring his death about. Yet we let it go on for 12 days. Can we argue from the medical point of view that this was in the patient's best interest? I do not know.

The Chairman: That is one of the questions we all have to wrestle with.

Mr. Boisvert: There are many little windows like that. I could make 15 little clinical vignettes where every one of the patients that I have known fits into a little window that deserves to be explored.

The Chairman: Thank you very much.

Our next witness is Dr. Margaret Scott of the Canadian Cancer Society. She has been exclusively involved in the medical care of the dying since 1977. Previously, she worked with the palliative care units of the Toronto Grace Hospital and of the Royal Victoria Hospital in Montreal; she is presently attached to the Faculty of Medicine at Memorial University in Newfoundland.

We are very glad to have you with us, Dr. Scott.

Dr. Margaret Scott, Canadian Cancer Society: It is a pleasure to be here. As well as being attached to the Faculty of Medicine I am provincial consultant for Newfoundland and Labrador, so I am living and breathing these issues.

I have an inclination to do a rebuttal for some of the last talk, but I will save it until the end.

I am told that the committee would like a point of view and why. My point of view is that legalizing euthanasia is very dangerous and I hope to show some reasons why. One of my premises will be based a little on Holland, I hope not as a boring repetition, because I understand you have had some of it before. It will not be at length but we have something to learn from Holland.

I would like to start off, though, by situating ourselves by saying that there is a real air of fear in Canada today, fear of physical pain, fear of inappropriate technology, fear of death, and fear of the fear of death. It is rampant.

[Translation]

passait. On lui a administré un peu de morphine pour lutter contre la douleur et un peu de tranquillisants pour les muscles, ce genre de chose. Il s'est éteint tout doucement, mais ça a pris 12 jours.

Voilà encore le genre de cas où il faut faire un effort de réflexion. Il est indéniable que lorsque nous avons retiré le tube, il a compris ce qui se passait.

Le docteur Somerville a parlé d'intention. Ne jouons pas sur les mots. L'intention était d'accéder à son désir de mourir. On peut toujours rationaliser et dire: «Nous avons retiré le tube et laissé la maladie le tuer.» Toutefois, si on n'avait pas enlevé le tube, il aurait pu vivre encore pendant dix ans jusqu'à ce qu'intervienne une autre grosse hémorragie. L'intention correspondant au fait d'enlever le tube était essentiellement de le faire mourir. Pourtant, nous avons laissé traîner les choses pendant 12 jours. Peut-on soutenir d'un point de vue médical que c'était là dans le meilleur intérêt du malade? Je n'en sais rien.

La présidente: C'est l'une des questions auxquelles nous sommes tous confrontés.

M. Boisvert: Il y a de nombreuses petites fenêtres de ce type. Je pourrais vous représenter 15 petits tableaux cliniques mettant chacun en scène l'un des malades que j'ai connus et qui correspond à une petite fenêtre qui mérite d'être explorée.

La présidente: Merci beaucoup.

Notre témoin suivant est le docteur Margaret Scott, de la Société canadienne du cancer. Elle travaille exclusivement depuis 1977 dans le domaine des soins médicaux donnés aux personnes à l'agonie. Auparavant, elle a travaillé dans les services de soins palliatifs du Grace Hospital de Toronto et de l'hôpital Royal Victoria de Montréal; elle enseigne à l'heure actuelle à la faculté de médecine de l'Université Memorial de Terre-Neuve.

Docteur Scott, nous sommes très heureux de vous accueillir aujourd'hui.

Le docteur Margaret Scott, Société canadienne du cancer: C'est un plaisir pour moi d'être ici. En plus d'enseigner à la faculté de médecine, je suis consultante provinciale pour Terre-Neuve et le Labrador, et je passe donc mon temps à m'occuper de ces problèmes.

Je serais tentée de réfuter un certain nombre de choses que nous avons entendues lors de la dernière intervention, mais j'attendrai la fin.

On m'a dit que le comité voulait connaître mon point de vue et les raisons correspondantes. Je considère qu'il est très dangereux de légaliser l'euthanasie, et j'espère pouvoir vous en faire comprendre les raisons. Je m'appuierai entre autres sur la situation hollandaise, en espérant ne pas vous ennuyer avec un exposé répétitif, parce que si j'ai bien compris, vous en avez déjà entendu parler. Je n'exposerai pas toute la situation en détail, mais nous avons des enseignements à tirer de l'expérience hollandaise.

J'aimerais au départ nous situer dans notre contexte en disant qu'il y a aujourd'hui au Canada une véritable peur dans l'air; la peur de la douleur physique, la peur des dangers de la technique, la peur de la mort et la peur de la peur de la mort. C'est généralisé.

[Text]

Three weeks ago in Winnipeg, there was a poll which was published by Canadian Press. I have it in case anyone wants the actual reference. In that poll, 1,195 people were polled about their view on euthanasia; 70 per cent were in favour, 19 opposed and the remainder undecided.

In 1983, the Canadian Law Reform Commission gave their report, which Marcel has already shown us and referred to, in which the commission's final recommendation was not to liberalize the laws. The operative statement in that report, which again I have, was that the vast majority of replies which they had to their questionnaires agreed with this stand. So from 1983 to last month, we have done a very major turnaround. There are many reasons for this, and many that I do not know. However, I do know two.

One reason is the AIDS situation. In 1983, the volume of AIDS, the severity of AIDS, the incurability of AIDS was not appreciated. Now it is. And right now, tragically, we do not have a cure and it is an inevitable death sentence. So we have a large number of Canadians who are affected by this and who are afraid that their relatives or others will also be affected. They are afraid even to get tested. So there is an AIDS problem.

The other problem to which I would like to alert you, which is causing this fear of death and fear of the fear of death and which is very, very serious, is inappropriate technology. We have prolonged the dying process for many people. By "we" I mean medicine. I assume responsibility here, along with my colleagues.

We should use aggressive treatment when we can. A 17-year-old in a car accident should have everything done to save his life. For a 17-year-old with a widespread metastatic sarcoma, who has failed a number of lines of chemo, there comes a time when everybody says, "What are we doing?" It is tragic to even mention a 17-year-old. We do not want to think of it. It would be better to say, maybe, a 37-year-old.

So what are we doing? Many times we are prolonging dying. The public sees that. The public says, "No. There has to be a better way to go, if we have to go." We have to get our act together with technology, mandates of medicine, and health care professions, public rationality, public needs, and our own juxtaposition. It is not simple, but it has to be recognized as a major cause of the fear.

Just to finish that off, because we could talk all afternoon about that and I have no intention of doing so, the medical point of view about death is different from the public's. One of the reasons is that doctors have a job to do. We are there to cure or control disease. That is our mandate and we do it hopefully the best we can. I think most of us do. The individual, however, who is

[Traduction]

Il y a trois semaines, à Winnipeg, il y a eu un sondage qui a été publié par la presse canadienne. Je l'ai ici au cas où quelqu'un voudrait s'y référer précisément. Dans ce sondage, 1 195 personnes ont été interrogées au sujet de l'euthanasie; 70 p. 100 étaient en faveur, 19 p. 100 y étaient opposées et le reste ne se prononçait pas.

En 1983, la Commission de réforme du droit du Canada a publié son rapport, que Marcel nous a déjà montré et auquel il a fait allusion, dans lequel la commission recommandait finalement de ne pas libéraliser notre législation. La raison fondamentale pour laquelle on en est arrivé à cette conclusion dans ce rapport, je vous répète que je l'ai ici, c'est parce que la grande majorité des répondants au questionnaire étaient d'accord avec celle-ci. Donc, entre 1983 et le mois dernier, il y a eu une volte-face complète. Il y a plusieurs raisons pour cela, et il y en a beaucoup que je ne connais pas. J'en connais deux, toutefois.

La première a trait au sida. En 1983, l'ampleur de l'épidémie du sida, sa gravité, l'incurabilité des sidatiques, n'étaient pas encore comprises. On les comprend aujourd'hui. À l'heure actuelle, ce qui est tragique, nous ne connaissons pas de guérison et les sidatiques sont inévitablement condamnés à mort. Nous avons donc un grand nombre de Canadiens qui sont touchés par cela et qui ont peur que les gens de leur famille ou d'autres personnes soient eux aussi touchés. Ils ont même peur de passer des tests. Il y a donc un problème relatif au sida.

L'autre problème que je veux vous signaler, qui entraîne cette peur de la mort, et cette peur de la peur de la mort dont la gravité est considérable, c'est le caractère inadapté de la technique. Nous avons prolongé l'agonie de nombreuses personnes. Par «nous» j'entends le monde de la médecine. J'en prends là la responsabilité, ainsi que mes collègues.

Il nous faut faire usage d'un traitement agressif chaque fois que nous le pouvons. On doit tout faire pour sauver la vie d'un jeune de 17 ans victime d'un accident d'automobile. Lorsqu'il s'agit d'un jeune de 17 ans souffrant d'un sarcome à métastases généralisées, qui ne s'est pas rétabli après plusieurs séries de traitements chimiothérapiques, il arrive un moment où tout le monde se dit: «Qu'est-ce qu'on est en train de faire?». La simple mention d'un jeune de 17 ans est tragique. On ne veut pas avoir à y penser. Il serait peut-être plus facile d'évoquer le cas d'une personne de 37 ans, disons.

Donc, que sommes-nous en train de faire? Bien souvent, on ne fait que prolonger l'agonie. L'opinion publique s'en aperçoit. Elle se dit: «Non. Il doit y avoir une meilleure façon d'en finir, si l'on doit en finir.» Il nous faut apprendre à nous débrouiller avec la technique, les mandats confiés à la médecine et aux professions de santé, la raison d'état, les besoins en matière de santé publique et nos propres convictions. Ce n'est pas simple, mais il faut tenir compte de tous ces facteurs pour expliquer la grande peur.

Pour en finir avec cette question, parce que nous pourrions en parler tout l'après-midi, et je n'en ai aucunement l'intention, le point de vue de la médecine est différent de celui du public. Cela s'explique en partie parce que les médecins ont un travail à faire. Ils sont là pour soigner et pour lutter contre la maladie. C'est notre mandat et nous espérons pouvoir l'exécuter le mieux

[Texte]

facing death does not come under that mandate. Sometimes we doctors go to science to meet with that individual and we cause dehumanizing interactions. We dehumanize our patients when we quote the latest statistics or the next protocol. That is really serious.

Most of our horror stories come from that kind of scenario. Marcel introduced himself and, very eloquently and appropriately, used his base as a clinician. So do I. I have had over 1,300 patients die in the last 17 years. I have as much experience and more than most physicians in Canada with dying patients. So I use an absolute and total clinical base. Just to add cream to that, I was a nurse before I did medicine so I have that experience as well.

There is one category of patient which I really want to highlight for us, and you have heard it before, but passionately, if possible, I would like to alert you to the vulnerable population of the aged, particularly. I will speak a bit about Holland in a moment, but the aged do see themselves as a burden in many cases. It is the rare 85-year-old who says, "I deserve the best of everything. Hop to it and get me this and that." Most 85-year-olds are saying, "I hope I am not a burden. Would you mind getting me a cup of tea?" Our mothers and our grandmothers and our grandfathers have gone that route.

If there is a valid option for euthanasia in Canada by liberalized laws, these people will sometimes have an intolerable burden because of the fact that they will be able to make a choice. It will be a terrible burden, if they have the option of saying, "Okay, next Tuesday, I would like Doctor so-and-so, who has always been kind to me, to give me an injection, and you can have the wake the next day, and the burial the following day when everybody is home, and it will be more convenient." If that is a possible scenario, and that is not exaggerated, that 85-year-old is under an almost intolerable decision-making process.

Let us come to Holland. Holland has recognized and had certain policies vis-à-vis euthanasia since 1973. In 1990, the Attorney General of the Dutch Supreme Court was commissioned to look at all the deaths that occurred in that year. The guidelines for euthanasia in Holland are very clearly stated and I appended Appendix 2 with my brief. You have it.

The first and the third guidelines include "voluntary, repeated, clear requests for euthanasia". The Dutch Attorney General has reported that, in 1990, there were 1,000 cases of death in Holland reported under the official statement "acts without explicit and persistent request". So 1,000 people, in 1990, had listed on their certificates of death as the cause, "acts without explicit and persistent request". Number one and number three guidelines

[Translation]

possible. Je crois que la plupart d'entre nous le font. Toutefois, l'individu qui fait face à la mort ne relève pas de ce mandat. Parfois, en notre qualité de médecins, nous recourons à la science dans nos relations avec ces individus et nous créons des interactions déshumanisantes. Nous déshumanisons nos malades lorsque nous citons les dernières statistiques ou le prochain protocole d'étude. C'est grave en fait.

La plupart de nos histoires à faire dresser les cheveux sur la tête relèvent de ce scénario. Marcel s'est présenté et avec une grande éloquence et beaucoup d'à-propos, il s'est servi de son expérience de clinicien. C'est le même cas pour moi. J'ai eu plus de 1 300 malades qui sont morts au cours des 17 dernières années. J'ai autant et plus d'expérience que la plupart des médecins au Canada pour ce qui est des malades à l'agonie. Je me fonde donc entièrement sur mon expérience clinique. Qui plus est, j'ai été infirmière avant de faire mes études de médecine et j'ai là aussi une grande expérience.

Il y a une catégorie de malade dont je tiens vraiment à vous parler, et ce n'est pas la première fois que le sujet est évoqué devant vous, mais je voudrais attirer plus particulièrement votre attention, avec passion si possible, sur la vulnérabilité des personnes âgées. Je vous parlerai un peu plus de la Hollande dans un instant, mais mentionnons que les personnes âgées se considèrent bien souvent comme un fardeau. Il est rare qu'une personne de 85 ans vous dise: «Je mérite ce qu'il y a de mieux dans la vie. Cours me chercher ça.» La plupart des personnes de 85 ans nous disent: «J'espère que je ne suis pas un fardeau. Auriez-vous la gentillesse de m'apporter une tasse de thé?» Nos mères, nos grands-mères et nos grands-pères sont tous passés par là.

Si l'on autorise l'euthanasie au Canada en libéralisant nos lois, ces gens feront face parfois à une responsabilité intolérable parce qu'ils seront alors en mesure de faire un choix. Ce sera un terrible fardeau, car ces gens auront alors la possibilité de dire: «Très bien, mardi prochain, je vais voir le docteur untel, qui a toujours été bon pour moi, il va me faire une injection et vous pourrez organiser la veillée funèbre le soir même, et l'enterrement le lendemain, lorsque tout le monde sera à la maison, ce sera plus pratique.» C'est un scénario possible, sans rien exagérer, et ces personnes de 85 ans auront des décisions à prendre qui leur imposeront un fardeau intolérable.

Venons-en à la Hollande. La Hollande reconnaît l'euthanasie depuis 1973 et a adopté un certain nombre de politiques à ce sujet. En 1990, le procureur général de la Cour suprême des Pays-Bas a été mandaté pour examiner tous les décès qui se sont produits cette année-là. Les directives publiées en matière d'euthanasie en Hollande sont très claires et je les ai jointes à l'annexe 2 de mon mémoire. Vous les avez.

La première et la troisième directives parlent de «demandes d'euthanasie volontaires, claires et répétées». Le procureur général des Pays-Bas a indiqué dans son rapport qu'en 1990 il y avait eu 1 000 décès en Hollande comportant la mention officielle: «Acte ne correspondant à aucune demande explicite et persistante». Donc, sur le certificat de décès de 1 000 personnes, en 1990, figurait la mention: «Acte ne correspondant à aucune

[Text]

were officially recorded as not having been met. That even startled the Dutch. It is irrefutable evidence that the guidelines were not working then.

The Dutch are also, right now, drawing up new guidelines officially — the Royal Dutch Medical Society, decent, civilized, professional, careful and caring professionals. That is not said with any degree of sarcasm. They believe in what they are doing. They are now proposing new guidelines including terminating the lives of incompetent patients, specifically severe defective newborns, comatose patients, demented elderly and severely mentally handicapped. The expansion into this field, which we all fear, is happening despite 20 years of civilized, careful, progressive society with good guidelines, in conjunction with the courts and the societies. That is going on right now.

Also within the past year there was a poll taken in the nursing homes in Holland. Ninety-five per cent of the people in the nursing homes are against euthanasia. Here is a worse statistic: Sixty per cent of the population are afraid of involuntary euthanasia. They are afraid they are going to get it even though they do not want it. Sixty per cent of the residents of the nursing homes in Holland are afraid of involuntary euthanasia, in 1993-94.

As I mentioned at the beginning, by my last count a year ago, I have cared for over 1300 patients. I am not going to do the count any more, but will just date the count. I say this deliberately to defuse myself, to situate the realities of the practice, and also to establish credibility: I have cared for over 1300 patients. Right now, every day, I am doing house calls along with my other duties of teaching and my provincial mandate. I do daily house calls on people who want to stay home to die. So does Marcel. We are doing the same kind of work. These patients have expressed a desire to stay home. Their families, their family doctor and the home care agencies are cooperating, and there is dignity. Their right is being granted. Their requests are being answered.

Some of the pictures are worse than the pictures we just saw. On Easter Sunday, I saw a mother 66 years of age. She had 18 adult children with her. I said to her, "Tell me that some of them are your foster children, or that some of them are twins." No, there were 18 separate pregnancies and deliveries, and they were all there, most of them with their wives, and fortunately not their children, since this was just in an ordinary, small home. That woman was dying. She was determined to stay home. She would not even let me get a chest X-ray.

[Traduction]

demande explicite et persistante». Il était donc consigné officiellement que les directives numéro un et numéro trois n'avaient pas été respectées. Même les gens des Pays-Bas s'en sont offusqués. C'était là la preuve irréfutable que les directives ne produisaient pas leur effet.

Les Pays-Bas sont d'ailleurs à l'heure actuelle en train de rédiger officiellement de nouvelles directives — c'est sous l'égide de l'Association médicale royale des Pays-Bas, qui regroupe des professionnels décents, civilisés, compétents, prudents et pleins d'attentions. Je le dis sans ironie. Ils croient à ce qu'ils font. Ils sont aujourd'hui en train d'élaborer de nouvelles directives consistant notamment à mettre fin aux jours des malades non lucides, de certains nouveau-nés sévèrement handicapés, des malades dans le coma, des personnes âgées souffrant de démence et des handicapés mentaux sévères. Les débordements dans ce domaine, que nous craignons tous, arrivent en dépit de 20 ans de pratique sous l'égide d'une association professionnelle civilisée, prudente et progressiste, avec de bonnes directives, en association avec les tribunaux et les sociétés savantes. Voilà ce qui se passe à l'heure actuelle.

L'année dernière, il y a eu par ailleurs un sondage qui a été effectué dans les foyers pour personnes âgées de Hollande. Quatre-vingt-quinze pour cent des personnes qui se trouvent dans ces foyers sont contre l'euthanasie. Pire encore: 60 p. 100 de la population a peur de l'euthanasie involontaire. Les gens ont peur d'être euthanasiés contre leur volonté. En 1993-1994, 60 p. 100 des résidents des foyers pour personnes âgées en Hollande ont peur d'être euthanasiés contre leur gré.

Comme je vous l'ai dit au début, lorsque j'ai fait le compte pour la dernière fois l'année dernière, j'ai constaté que je m'étais occupée de plus de 1 300 malades. Je ne vais pas refaire ce compte, je vous en indique simplement la date. Je vous le dis sciemment pour vous faire bien comprendre à la fois la réalité des chiffres et aussi pour établir ma crédibilité: je me suis occupée de plus de 1 300 malades. En ce moment même, tous les jours, je fais des visites à domicile en plus de m'acquitter de ma charge d'enseignement et de mon mandat provincial. Je rends visite à domicile aux gens qui veulent rester chez eux pour mourir. C'est aussi ce que fait Marcel. Nous faisons le même travail. Ces malades ont exprimé le souhait de rester chez eux. Leur famille, leur médecin de famille et les organismes de soins à domicile coopèrent, et ils conservent leur dignité. Il est fait droit à leur désir. On répond à leur demande.

Il y a des photographies pires encore que celles que vous venez de voir. Le dimanche de Pâques, j'ai rendu visite à une mère de 66 ans. Elle avait 18 enfants adultes avec elle. Je lui ai dit: «Ne me dites pas qu'il n'y en a aucun qui a été adopté et qu'il n'y a pas de jumeaux.» Non, il y avait eu 18 grossesses et 18 naissances distinctes, et ils étaient tous là, la plupart avec leur femme, et heureusement pas avec leurs enfants, parce que c'était une petite maison bien ordinaire. Cette femme était en train de mourir. Elle était décidée à rester chez elle. Elle ne voulait même pas que je lui fasse une radiographie des poumons.

[Texte]

At one point, she said, "Okay, I want to go into the dining room." They lifted her up, brought her into the dining room, and put a huge tubing on the oxygen. She stayed in the dining room, and that is where she died. It was her choice and her desire. I think I can give 100 per cent assurance that her family, if they were here today, would say that they had done what she wanted and they would put up with the fatigue, because it was the dignified thing for them to do.

Certainly I have been involved in palliative care, and I do think that we have many, but not all, of the answers. I do not disagree with that statistic of one in six. We certainly have a long way to go, but we are trying. Palliative care only came to Canada in 1975. It is now 20 years, but it is not 120 years. We are trying. The patients themselves are telling us to keep trying, and our colleagues, by and large, are becoming aware that we have something to offer. That is not uniform. The public does not know that.

Last Friday, in St. John's, Newfoundland, which is not a sophisticated city, at a nursing school of third year nursing students, I asked for a show of hands on how many were in favour of efficient physician-assisted suicide. Ninety per cent of the nurses put up their hands. I then asked how many were in favour of euthanasia. Fifty per cent put up their hands. That was last Friday, a week ago tomorrow. When I stayed with it and asked them what they were talking about, they said it was the condition of the patients that they see on the general hospital wards, being neglected, being lonely, the families being too tired to visit them, and all these social issues that they think are intolerable. These were young women, by and large, and a few young men.

Palliative care does try to address the whole-person issues of loneliness and meaning, et cetera. There comes a time when with some it does not operate. We know that. However, the public does not know that there is an approach of that order to these problems. It is very worrisome. Patients continue to say, "Shoot me if I am in misery." I say back to the students, "There is no need for misery. Physical pain we can control categorically. Whole-person issues we can listen to. We can attempt to help. We can help with the living aspect of this." This is a surprise to them.

Repeatedly, I have heard people saying, "We did not know this type of care existed."

I would like to bring us close to the end. I do not have a long brief, but I do want to raise three other issues against liberalizing the Canadian laws.

There is a percentage of people who philosophically believe that they should be able to die in their own time. They really believe that that control should be theirs. However, when you are

[Translation]

À un moment donné elle a déclaré: «Bon, j'aimerais aller dans le salon.» Les gens de sa famille l'ont soulevée, l'ont portée dans le salon et ont installé un gros tube d'oxygène. Elle est restée dans le salon, et c'est là qu'elle est morte. C'était l'expression de son choix et de son désir. Je crois que je peux vous garantir à 100 p. 100 que les gens de sa famille, s'ils étaient ici aujourd'hui, vous diraient qu'ils ont fait ce qu'elle voulait et qu'ils n'ont pas tenu compte de la fatigue, parce que c'était la seule chose digne à faire.

Je me suis bien évidemment occupée de soins palliatifs, et je suis certes convaincue que nous avons nombre de réponses si nous ne les avons pas toutes. Je ne conteste pas la validité de cette statistique de un sur six. Il nous reste à n'en pas douter bien du chemin à faire, mais nous avançons. Les soins palliatifs ne sont apparus au Canada qu'en 1975. Cela fait maintenant 20 ans, mais ce n'est pas 120 ans. Nous progressons. Les malades eux-mêmes nous disent de continuer à faire de notre mieux et nos collègues, dans leur grande majorité, prennent conscience du fait que nous avons quelque chose à offrir. Les situations ne sont pas toutes les mêmes. Le public ne s'en rend pas compte.

Vendredi dernier, à St. John's, Terre-Neuve, qui n'est pas une ville où l'on recherche les complications, je m'adressais aux étudiantes de troisième année d'une école d'infirmières et je leur ai demandé de lever le doigt pour me dire combien d'entre elles étaient favorables au suicide assisté par un médecin qualifié. Quatre-vingt-dix pour cent des infirmières ont levé le doigt. J'ai demandé ensuite combien d'entre elles étaient en faveur de l'euthanasie. Cinquante pour cent ont levé le doigt. C'était vendredi, dernier, il y a une semaine. J'ai voulu approfondir la question et je leur ai demandé ce qu'elles entendaient par là, et elles m'ont parlé de l'état des malades qu'elles voyaient dans les salles des hôpitaux, négligés, esseulés, leur famille étant trop fatiguée pour venir leur rendre visite, et tous ces problèmes sociaux qui leur paraissaient intolérables. C'était en grande majorité de jeunes femmes et il y avait quelques hommes.

Les soins palliatifs cherchent à régler les problèmes touchant la personne dans sa globalité, telle que la solitude, la signification de la vie, et cetera. Il arrive un moment où avec certaines personnes on ne peut plus rien faire sur ce plan. Nous le savons. Le public ignore toutefois qu'il existe une façon d'aborder ces problèmes. C'est bien dommage. Les malades continuent à nous dire: «Tue-moi si je souffre trop.» Je réponds aux étudiants, «Il n'est pas besoin de souffrir mille morts. Il est clair que nous pouvons contrôler la souffrance physique. Quant aux questions plus globales, nous pouvons nous mettre à l'écoute de la personne. Nous pouvons chercher à l'aider. Nous pouvons l'aider à vivre cette réalité.» C'est une surprise pour ces gens.

À maintes reprises, j'ai entendu des gens me dire: «Nous ne savions pas que ce type de soins existait.»

J'en arrive maintenant à la fin. Je n'ai pas rédigé un long mémoire, mais je tiens à soulever trois autres arguments contre la libéralisation des lois canadiennes.

Il y a un certain pourcentage de gens qui, d'un point de vue philosophique, considèrent que leur mort doit venir en son temps. Ils sont effectivement convaincus que ce n'est pas à eux de

[Text]

talking about physician-assisted suicide, or assisted suicide as in Germany, or euthanasia, of essence is that you are involving at least one other person. The control extends to you in responding to my wishes and helping me. It is not a one-person decision. Of necessity, it has the other involved.

I have to say that with respect to Marcel's scenario of the man, and several other of his situations, I have also seen those situations, and probably just as many. On the whole, if we pay careful attention to detail and position, careful attention to the mouth so that thirst is not overlooked, gentleness in actual touch and atmosphere, if all those aspects are carefully done, I have never seen a family that was not exhausted at the end but saying, "We are glad we went the extra mile."

We can talk about the patient, but we also have a responsibility to consider the immediate constellation of the family. The family, by and large, in my experience do not want the process short-circuited as long as there is not agony. Some people might say that is acting like Pollyanna, but it has been my experience that the family do appreciate the care and understand that this is a matter of time.

Last Thursday night I took a tape recorder, went into our palliative care unit and interviewed a professional 36-year-old man who is dying of AIDS. I told him I was coming here today, and I asked him if he would talk to me about euthanasia so that I could bring some of his thoughts to this meeting. He was very willing and actually very pleased to be asked to make the tape, which I did not bring. It is excellent.

He is not in favour of euthanasia, because he says it is an unnecessary control. In his experience, the people advocating euthanasia are advocating it as a control mechanism. He alerted me to something I did not know. I am an internist, not a psychiatrist. He alerted me to the fact that the suicide literature has this as a theory: That many suicides want the fullness of control of their death because they could not control their lives. It is a tragic indictment, but it does explain the control.

The other thing that this man said in an eloquent half hour interview was exactly what Margaret Somerville said at the close of her speech, which again startled me. He said, "Get the issues back to the community."

Last week I asked someone to help me formulate a few questions to open my mind to something new as I prepared to appear before the committee. She said, "Okay, tell me what is good and new out of Holland?" So I went back to the books again and spent a long time asking myself that question, one, as a proof that it is not a totally biased approach and, two, to

[Traduction]

choisir. Toutefois, lorsqu'on parle de suicide assisté par un médecin, ou de suicide assisté, comme en Allemagne, ou encore d'euthanasie, on fait essentiellement intervenir au moins une autre personne. Le pouvoir de contrôle s'étend à l'autre qui accède à mon désir et qui m'aide. Ce n'est pas une décision personnelle. Nécessairement, il faut qu'une autre personne soit impliquée.

Je dis cela par rapport au scénario posé par Marcel au sujet de cet homme, et plusieurs autres dans le même cas, j'ai moi aussi assisté à ce genre de situation, probablement aussi souvent. Dans l'ensemble, si nous accordons une attention particulière aux détails et à la position du malade, si nous prenons bien soin de l'état de sa bouche pour savoir quand il a soif, si on l'entoure véritablement d'attention et si l'on fait preuve envers lui de gentillesse, si l'on prend bien soin de tous ces éléments, je n'ai jamais vu une famille qui ne soit pas épuisée à la fin de l'épreuve mais qui ne dise pas: «Nous sommes heureux d'avoir fait cet effort supplémentaire.»

Nous parlons du malade, mais nous devons aussi tenir compte de nos responsabilités envers la famille immédiate. Dans une très large mesure, la famille, si j'en crois mon expérience, ne veut pas écouter le processus tant que le malade n'est pas à l'agonie. D'aucuns vous diront que l'on adopte ainsi la philosophie de Candide, mais si j'en crois mon expérience, les familles apprécient véritablement ces soins et comprennent que ce n'est qu'une question de temps.

Jeudi dernier, j'ai pris un magnétophone, je suis allé dans le service des soins palliatifs et j'ai interrogé un jeune professionnel de 36 ans qui est en train de mourir du sida. Je lui ai dit que j'allais venir ici aujourd'hui et je lui ai demandé s'il voulait me parler de l'euthanasie pour que je transmette ses pensées à cette réunion. Il l'a fait avec grand plaisir et était d'ailleurs très heureux que je lui demande d'enregistrer cette bande magnétique, que je n'ai pas apportée. Elle est excellente.

Il n'est pas en faveur de l'euthanasie, qui représente à son avis un pouvoir de contrôle inutile. D'après ce qu'il a pu voir, les partisans de l'euthanasie préconisent en fait un mécanisme de contrôle. Il m'a fait remarquer quelque chose que j'ignorais. Je suis une clinicienne, je ne suis pas une psychiatre. Il m'a fait remarquer que l'on trouvait dans les ouvrages sur le suicide la théorie suivante: nombre de suicidés ont voulu contrôler entièrement leur mort parce qu'ils ne pouvaient pas contrôler leur vie. C'est une accusation tragique, mais elle explique cette volonté d'exercer un contrôle.

Au cours de cette éloquente entrevue d'une demi-heure, cet homme m'a dit une autre chose importante, qui était exactement la même que ce qu'a déclaré Margaret Somerville à la fin de son intervention et qui là encore m'a stupéfait. Il m'a dit: «Ramenons les décisions au niveau de la collectivité.»

La semaine dernière, j'ai demandé à une femme de m'aider à formuler quelques questions pour m'ouvrir l'esprit sur un sujet nouveau en prévision de ma comparution devant votre comité. Elle m'a dit: «Très bien, dis-moi ce qui est bon et ce qui est nouveau dans la situation hollandaise.» Je me suis donc replongé dans le livre et j'ai passé de longs moments à me poser à

[Texte]

determine if there is something good from the Holland experience. Frankly, as late as this morning I had more input.

I say to you that the good in the Holland experience is to alert us to the fact that safe guidelines are not possible, at least not after 20 years of professional attempts. So Dr. Boisvert's window is a very deep worry to me.

We are told that the law should not meet the exceptional cases. We are taught, and I teach, that the courts say to us, "Hard cases make bad laws. Keep your hard cases in your own domain because we, the courts, do not have the experience to speak to them. We do not make laws for the exception."

Sue Rodriguez had a mission and a magnificent presence. She alerted the entire nation to this issue. Her case was an exception — not the only ALS, Lou Gehrig's disease in Canada in 1993, unfortunately, but still, in the vast number of deaths and the course of living as Canadians, it is exceptional. "Hard cases make bad laws."

What we really want in Canada is what is best for everyone. That is what we want. We want what is best for the dying patient: excellent pain and symptom control, not perfect, but excellent, and available to everyone. Vast areas of Canada have never even heard of the concept. When Dr. Boisvert tells us to get a psychiatrist to assess that there is no pressure in the decision being put forward, I say to you that vast areas in Canada do not have access. Even if we had enough psychiatrists, I would be suspicious.

Who wants euthanasia? This question was asked in a poll conducted in the Pacific Northwest of the U.S. last year. The poll came back with the following, very interesting statistics. The majority of respondents wanting euthanasia were under 30 years of age, had a postgraduate education and earned \$75,000 a year. That was the lobby for euthanasia. We must ask ourselves what kind of pressures are coming down the line.

At the risk of appearing arrogant, I will ride on my experience and gray hair and ask this committee if it would consider, and I certainly am not asking for an answer, visiting the Ottawa palliative care unit. It is one of our nation's best units, right here in the city. An on-site visit was conducted by your counterpart in the British House of Commons last year. They went on site to a unit. It might be very valuable information that the Canadian public needs to know, as well as the committee.

[Translation]

moi-même cette question, d'abord pour démontrer que mon approche n'était pas totalement biaisée et, en second lieu, pour déterminer s'il n'y avait pas quelque chose de bon à tirer de l'expérience hollandaise. Je dois vous avouer bien franchement que ce matin encore je faisais des recherches.

Je dois vous dire que ce qui est bon dans l'expérience hollandaise, c'est qu'elle attire notre attention sur le fait qu'il n'est pas possible d'émettre des directives offrant toutes les garanties de sécurité, du moins après 20 ans d'essais par des professionnels. La petite fenêtre que veut ouvrir le D^r Boisvert est donc pour moi une source de grande inquiétude.

On nous dit que la loi ne doit pas s'appliquer aux cas exceptionnels. On nous a enseigné, et je l'enseigne aussi, que la thèse des tribunaux est la suivante: «Les cas difficiles font les mauvaises lois. Occupez-vous de vos cas difficiles parce que les tribunaux n'ont pas l'expérience suffisante pour en parler. Nous ne faisons pas des lois pour les cas exceptionnels.»

Sue Rodriguez poursuivait une mission et avait une présence magnifique. Elle a attiré l'attention de toute la nation sur cette question. Son cas était exceptionnel — ce n'est pas le seul cas de SLA, la maladie de Lou Gehrig, qui a été enregistré au Canada en 1993, malheureusement, mais il n'en reste pas moins que par rapport au grand nombre de décès qui surviennent dans la population canadienne, ça reste exceptionnel. «Les cas exceptionnels ne font pas de bonnes lois.»

Ce que nous voulons pour le Canada, c'est ce qui est préférable pour tout le monde. C'est ce que nous voulons. Nous voulons ce qu'il y a de mieux pour le malade en train de mourir: un excellent contrôle de la douleur et des symptômes, pas parfait, mais excellent, et à la disposition de tous. Des régions entières du Canada n'ont jamais entendu parler de ce concept. Lorsque le D^r Boisvert demande que l'on s'adresse à un psychiatre qui procédera à une évaluation pour s'assurer qu'aucune pression n'a été exercée en ce qui a trait à la décision prise, je vous réponds que dans des régions entières du Canada il n'y a pas cette possibilité. Même si nous avions suffisamment de psychiatres, je continuerais à être inquiet.

Qui veut de l'euthanasie? Cette question a été posée lors d'un sondage effectué l'année dernière dans la région du nord-ouest des États-Unis. Des statistiques très intéressantes ont pu être tirées de ce sondage. La majorité des répondants qui sont en faveur de l'euthanasie ont moins de 30 ans, ont un diplôme d'études supérieures et gagnent 75 000 \$ par an. Voilà quel est le lobby de l'euthanasie. Nous devons nous demander quelles sont les pressions qui en découlent.

Au risque de paraître arrogante, je vais profiter de mon expérience et de mes cheveux gris pour demander au comité s'il est prêt à envisager, je ne lui demande évidemment pas de me répondre tout de suite, d'aller rendre visite au service des soins palliatifs d'Ottawa. C'est l'un des meilleurs services de notre pays, qui se trouve ici même, dans cette ville. Une visite sur place a été effectuée l'année dernière par vos homologues de la Chambre des communes britannique. Ils sont venus en groupe visiter ce service. Il pourrait y avoir là une information très utile pour le public du Canada ainsi que pour le comité.

[Text]

I submitted four recommendations, and I wish to refer to them.

Ensure that the consideration of the importance of fear is a factor in all deliberations. Ask yourselves and get experts to help you answer this question: How much of the concept of euthanasia is driven by fear? The lobby for euthanasia is emotional, highly legitimate and highly important, but will it lead to reproducible, safe, long-term laws.

Urgent attention needs to be legislated in the conflict between the "cure control" model and the "prolongation of dying" model that is causing so much trouble.

Get expert advice from and on the Holland experience. Do not take my word for it. I have never been to Holland, but there are citizens right here in Canada who have studied it in depth. It is imperative that we know what they would alert us to.

Consider urgent attention to palliative care needs in Canada as presented by Dr. Boisvert, the Palliative Care Association, and others.

I have to use the term the "slippery slope". This is a factor, because 95 per cent of nursing home inhabitants in Holland are afraid. That is the slippery slope from the 1973 deliberations that introduced safe guidelines for euthanasia.

We have a slippery slope; first, it will be our grandmothers and mothers and then, in a few years, it will be ourselves. "Am I safe with my doctor?"

Citizens in Holland now carry cards in their wallets when they reach 60 years of age saying they do not want euthanasia. That is the effect.

By way of rebuttal, Dr. Keon asked if we know what is going on in our patients' psyches. In 1985, I spent time with Dr. Saunders, the guru of palliative care in Britain. She is an internationally recognized authority. I said to her one day, "If you were starting your professional life again, what would you do differently?" She quickly responded, "I would pay far more attention to my patients' perceptions of what is going on, not mine." What does the patient think is going on? Very wise advise.

One of the senators asked how we can prevent pressure from the family, saying she was not worried about pressures on doctors. I will be deliberately inflammatory for a moment now, hopefully with no bad manners, and refer to a talk given in September of last year in which the physician/presenter asked us to consider what happened to the ordinary medical ethics, decency and humanity of German physicians during the Second World War. What changed those men and women? I deliberately introduce that notion, but, please God, let Canadians not change. Giving someone the power to kill, which is what euthanasia is, is an extremely potent action.

[Traduction]

J'ai présenté quatre recommandations, et je souhaite les rappeler.

Assurez-vous dans toutes vos délibérations que le phénomène de la peur a bien été pris en compte. Posez-vous vous-même la question et demandez à des experts de le faire: dans quelle mesure le principe de l'euthanasie est-il guidé par la peur? Le lobby qui milite en faveur de l'euthanasie fait appel à nos sentiments, il est tout à fait légitime et joue un rôle très important, mais va-t-il nous mener à l'adoption de lois utiles et bonnes à long terme?

Il convient de légiférer d'urgence sur la question du conflit entre le modèle de «contrôle des soins» et le modèle de «prolongation de l'agonie» qui cause tellement de difficultés.

Faites appel à des experts pour ce qui est de l'expérience hollandaise. Ne me croyez pas sur parole. Je n'ai jamais été en Hollande, mais il y a des gens ici même à Ottawa qui ont étudié la question à fond. Il est absolument indispensable que nous soyons au courant de ce qui peut être dangereux.

Penchez-vous d'urgence sur les besoins des soins palliatifs tels qu'ils sont présentés au Canada par le Dr Boisvert, l'Association des soins palliatifs et d'autres intervenants.

Je dois parler de la «pente dangereuse». C'est un élément à considérer, parce que 95 p. 100 des résidents des foyers pour personnes âgées ont peur en Hollande. C'est la pente dangereuse par rapport aux délibérations qui ont eu lieu en 1973 pour arrêter des directives offrant toutes les garanties de sécurité en matière d'euthanasie.

Il y a une pente dangereuse; ce seront d'abord nos grand-mères et nos mères puis, dans quelques années, nous-même. «Est-ce que je suis en sécurité lorsque je m'adresse à mon médecin?»

De nos jours, les citoyens hollandais, dès qu'ils ont 60 ans, mettent dans leur portefeuille une carte pour dire qu'ils ne veulent pas être euthanasiés. Voilà les conséquences.

À titre de réfutation, le Dr Keon nous a demandé si nous savions ce qui se passait dans l'esprit de nos malades. En 1985, j'ai passé un certain temps en compagnie du docteur Saunders, la grande spécialiste des soins palliatifs en Grande-Bretagne. Elle fait autorité au plan international. Un jour, je lui ai demandé: «Si vous deviez recommencer votre carrière professionnelle, est-ce que vous agiriez différemment?» Elle m'a répondu rapidement: «J'accorderais bien plus d'attention à ce que ressentent mes malades au sujet de la situation, en m'occupant moins de mes propres impressions.» Que pense le malade de la situation? Voilà un très bon conseil.

Un sénateur s'est demandé comment nous pouvions éviter les pressions exercées par les familles, en précisant qu'elle ne s'inquiétait pas des pressions exercées sur les médecins. Si je puis me permettre d'envenimer quelque peu le débat pour quelques instants, en restant courtoise, je l'espère, je vous renverrais à une allocution présentée l'année dernière par un orateur qui était en même temps médecin et qui nous a demandé de penser à ce qu'il était advenu de l'éthique médicale, de la décence et de l'humanité de tous ces braves médecins allemands pendant la Deuxième Guerre mondiale. Qu'est-ce qui a changé ces hommes et ces femmes? C'est délibérément que j'évoque ce sujet mais, pour

[Texte]

Senator Beaudoin: Your last sentence, to give a person the right to kill another person, is a strong notion and a very important one. I understand that principle; it is obvious. You would not make a distinction between the person who asks for this and the person who does not ask for this. The previous witness, Dr. Boisvert, made a strong plea with respect to the question of request or demand.

Ms Scott: With demand. That is what Dr. Boisvert is saying.

Senator Beaudoin: It is always difficult to see the difference between request and demand. Demand is stronger, I understand.

Ms Scott: Demand is stronger. Demand is stronger than request.

Dr. Boisvert, were you referring to the French expression, "Je demande"?

Mr. Boisvert: I used the English word "demand" because I do not know English well enough. I meant "request".

Ms Scott: Certainly there is a difference. If I ask you to shoot me, you are killing me, but not with malice. You are responding to my request. And if I do not ask you to shoot me, and you do, that is malice, or craziness, or something. There is certainly a difference.

Senator Beaudoin: It is even criminal.

Ms Scott: It is even criminal. There is certainly a difference.

However, with regard to the window again, the "on demand" which is Marcel's plea, that we have a window that does something about the "on demand" person who wants this, first, every part of me says that we cannot secure that and, second, I come back to those thousand in Holland in 1990 who did not ask for it. Yet "on demand" is intrinsic in the guidelines of Holland. I am going back to that one again. Those thousand that were reported killed in 1990, found out by the Attorney General of the Dutch court, explicitly had not asked for euthanasia, yet it was carried out.

That is a very important statistic to go back to. I do not think we can make the response to an "on demand" as being safe.

Senator Beaudoin: What do you think of the argument that we cannot legislate in such a direction, because the abuses are inevitable? Is it because the abuses are inevitable, or is the principle itself bad? I do not know whether I expressed that well.

[Translation]

l'amour de Dieu, ne faites pas que les Canadiens en arrivent à changer. Lorsqu'on donne aux gens le pouvoir de tuer, c'est à ça que revient l'euthanasie, on commet un acte d'une très grande portée.

Le sénateur Beaudoin: Dans votre dernière phrase, vous parlez du droit pour une personne d'en tuer une autre; c'est une notion très forte et très importante. Je comprends ce principe; il tombe sous le sens. Ne faites-vous pas une distinction entre la personne qui le demande et celle qui ne le demande pas. Le témoin qui vous a précédé, le Dr Boisvert, a insisté avec force sur cette distinction lorsqu'il y a ainsi une demande ou une exigence.

Mme Scott: Lorsqu'il y a une exigence. C'est ce que dit le Dr Boisvert.

Le sénateur Beaudoin: Il est toujours difficile de savoir si c'est une demande ou une exigence lorsqu'on parle en anglais de «request» ou de «demand». «Demand» est plus fort, si je comprends bien.

Mme Scott: «Demand» est plus fort. «Demand» est plus fort que «request».

Docteur Boisvert, est-ce que vous faisiez allusion à l'expression française: «Je demande».

M. Boisvert: J'ai parlé en anglais de «demand» parce que je ne connais pas suffisamment bien l'anglais. Je voulais dire «request».

Mme Scott: Il y a certes une différence. Si je vous demande de me tirer une balle dans la tête, vous me tuez, mais sans intention malicieuse. Vous ne faites que répondre à ma demande. Par contre, si je ne vous demande pas de me tirer une balle dans la tête et que vous le faites, il y a là une intention malicieuse, un acte de folie, et cetera. Il y a une différence, c'est indéniable.

Le sénateur Beaudoin: C'est même un acte criminel.

Mme Scott: C'est même un acte criminel. Il y a évidemment une différence.

Toutefois, pour en revenir une fois de plus à la petite fenêtre qui doit s'ouvrir «à la demande», comme le réclame Marcel, tout d'abord je suis convaincue au plus profond de moi-même qu'on ne peut garantir que quelqu'un puisse accéder en toute sécurité au désir qu'une personne qui en fait «la demande» et, en second lieu, j'en reviens à ces 1 000 personnes qui sont mortes en 1990 sans l'avoir demandé. Pourtant, le principe «à la demande» est à la base des directives en Hollande. J'y reviens une fois de plus. Ces 1 000 personnes au sujet desquelles il est mentionné officiellement qu'elles ont été tuées en 1990, tel qu'a pu le constater le procureur général de la cour néerlandaise, n'avaient pas expressément réclamé l'euthanasie, pourtant c'est ce qui a été fait.

Il est très important de se reporter à cette statistique. Je ne pense pas qu'une pratique «à la demande» offre toutes les garanties de sécurité.

Le sénateur Beaudoin: Que pensez-vous de l'argument qui consiste à dire que l'on ne peut pas légiférer en ce sens parce que des abus sont inévitables? Est-ce parce que les abus sont inévitables ou parce que le principe est en soi mauvais? Je ne sais pas si je me suis bien exprimé.

[Text]

Ms Scott: You expressed yourself very well, and you are asking me to commit myself. The abuses are, according to Holland and the opinions of many of us, inevitable, but also I think the principle to kill someone is bad.

Senator Beaudoin: I asked the question for a very simple reason. Each time we legislate in the Parliament of Canada, or in any Parliament in the world, we always have in mind the consequences of the statute or the law, and a good legislator has to take that into consideration, because we cannot say in a statute, in the civil code or the Criminal Code, "this is the law" without knowing that it will have consequences.

Ms Scott: Even if it goes against the popular demand. For example, our Canadian stand on capital punishment is an exact case of that. The law of the land has said "no". Many, many polls would show that the people say, "Please, yes".

Senator Beaudoin: In my opinion it is not a question of surveys. We would never have abolished the death penalty had we based our decisions on surveys, because the greatest part of the population was in favour of the death penalty.

Ms Scott: Yes.

Senator Beaudoin: Not so long ago they were still in favour of it, but we abolished the death penalty and I think it was a good move. I think it is in accordance with what rights and freedoms should be in this last part of the century. I do not think it is a question of surveys. We should base our conclusions on principles.

Ms Scott: That is what I am saying. We have based it on the principle for capital punishment and I think the same principle applies to euthanasia.

The other day someone made a very spontaneous, yet very powerful, statement to me. This fellow said, "We Canadians are proud of the fact that we don't kill people." It was a grassroots statement, not by any scholar, but from the heart.

Senator Lavoie-Roux: How do you explain the shift in public opinion? Dr. Boisvert and you have both referred to a complete reversal.

Ms Scott: Certainly there is the fear of AIDS. In some places with a high incidence of AIDS there are many requests. Also there are the protocols coming down for the treatment of cancer. There may be no hope of its working, but they still go because it is something to do.

Also, I genuinely do not think the public knows what it is asking for. I think the public is saying, "Help us get rid of our pain. We do not want to suffer like the dog or the horse that has a broken leg." Now that is pain. Going into the area of suffering is not primarily a medical matter. We do not give drugs, except for anxiety. The suffering issue goes with these questions: What can we understand? How can we help you? What are you

[Traduction]

Mme Scott: Vous vous êtes très bien exprimé et vous me demandez de m'engager. Les abus sont inévitables si l'on en juge par la situation hollandaise et si l'on en croit l'opinion de nombre d'entre nous, mais je crois aussi que le principe qui consiste à tuer autrui est mauvais.

Le sénateur Beaudoin: Je vous ai posé la question pour une raison bien simple. Chaque fois que nous légiférons au parlement canadien ou dans n'importe quel autre parlement du monde, nous gardons toujours à l'esprit les conséquences de la disposition ou de la loi en question, et un bon législateur doit en tenir compte, parce qu'il ne veut pas qu'il soit dit dans une loi, dans le code civil ou dans le Code criminel, «Voilà quelle est la loi» sans savoir quelles en seront les conséquences.

Mme Scott: Même si cela va à l'encontre de la demande populaire. Ainsi, c'est exactement ce qui se passe au Canada au sujet de la peine capitale. Notre loi dit «non». De nombreux sondages vous démontreront que la population dit: «S'il vous plaît, oui».

Le sénateur Beaudoin: À mon avis, ce n'est pas une question de sondage. Nous n'aurions jamais aboli la peine de mort si nous avions fondé nos décisions sur les sondages parce que la grande majorité de la population est favorable à la peine de mort.

Mme Scott: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Il n'y a pas si longtemps, elle y était encore favorable, mais nous avons aboli la peine de mort et je crois que c'était une bonne chose. Je pense que c'est conforme à ce que doivent être les droits et les libertés en cette fin de siècle. Je ne crois pas que ce soit une question de sondage. Nous devons appuyer nos conclusions sur des principes.

Mme Scott: C'est ce que je disais. Nous nous sommes appuyés sur un principe pour la peine capitale et je crois que le même principe s'applique à l'euthanasie.

L'autre jour, quelqu'un m'a fait une déclaration tout à fait spontanée et cependant très profonde. Cette personne m'a dit: «Au Canada, nous sommes fiers d'être un peuple qui ne tue pas les gens.» C'était un cri du coeur de la base, qui ne venait pas d'un spécialiste.

Le sénateur Lavoie-Roux: Comment expliquez-vous l'évolution de l'opinion publique? Le D^r Boisvert et vous-même avez parlé d'une volte-face complète.

Mme Scott: Il y a certainement la peur du sida. En certains endroits, là où il y a beaucoup de cas de sida, nous enregistrons de nombreuses demandes. Il y a aussi les protocoles venant s'appliquer au traitement du cancer. Même s'il n'y a plus d'espoir, on continue à s'acharner parce qu'on ne sait pas quoi faire d'autre.

Je pense aussi sincèrement que l'opinion publique ne sait pas vraiment ce qu'elle demande. Les gens nous disent: «Aidez-nous à nous débarrasser de la douleur. Nous ne voulons pas souffrir comme un chien ou comme un cheval qui a une patte cassée.» Il s'agit en fait ici de la douleur. Lorsqu'on entre dans le royaume de la souffrance, on sort du domaine médical. Nous ne prescrivons pas de médicaments, sauf pour lutter contre l'anxiété.

[Texte]

asking of us as a society? And if society gives a bad law back, we are going to the worst possible scenario.

I really do not think the public knows what it is asking for. That is my sense. I do not think those nurses knew what they were speaking of specifically, the final act of giving an injection.

Senator Beaudoin: I want to be clear. Do you consider that we may deal with the pain in all cases successfully, or with a certain success?

Ms Scott: The statistics vary on what we can do with physical pain, but we have a high yield for physical pain. In the situations where we do not have specific reversible symptom control, analgesic approaches, whether by drugs or by X, Y and Z, we can always go to drugs that dull the perception of the pain, even if they shorten life. That is perfectly acceptable, good medicine.

Senator Beaudoin: Dr. Boisvert concluded in a certain way because it is not 100 per cent. Well, nothing is 100 per cent certain.

Ms Scott: He is talking about suffering too, I think. He is talking about the loneliness, the anguish, the humiliation of the man who had been a captain and was now a skeleton of a man. The studies in Holland frequently show that pain is not the underlying reason for requests for euthanasia, it is the humiliation of their debilitated state. That is a basic human issue with which we all empathize, and to which we will continue to listen. But death is a very permanent answer.

The Chairman: Dr. Scott, I thank you very much on behalf of the committee.

Ms Scott: I would just like to mention that the Canadian Cancer Society asked me to come.

The Chairman: We are very pleased to welcome Professor Barney Sneiderman, who is with the Faculty of Law at the University of Manitoba, where he teaches courses in law and biomedical ethics as well as in criminal law in society. He has a cross-appointment to the Manitoba Department of Community Medicine in the area of medical-legal ethics.

I am sorry we have kept you waiting this long Professor Sneiderman, but we are looking forward to hearing what you have to say.

Barney Sneiderman, Faculty of Law, University of Manitoba: Thank you, Madam Chairman. I found the presentations so interesting that I certainly have not minded waiting.

I would like to thank you for inviting me to appear before your committee. I propose to take a few moments to present an overview, or my musings, if you will, regarding the issues at hand,

[Translation]

La souffrance soulève trois questions: Pouvons-nous vous comprendre? Comment pouvons-nous vous aider? Qu'est-ce que la société demande de nous? Si la société nous revient avec une mauvaise loi, on entre dans le pire des scénarios.

Je ne crois vraiment pas que l'opinion publique sache vraiment ce qu'elle demande. C'est mon impression. Je ne crois pas que ces infirmières savaient précisément de quoi elles parlaient, de l'acte définitif qui consiste à administrer une injection.

Le sénateur Beaudoin: Je veux que les choses soient claires. Pensez-vous que l'on peut lutter contre la douleur avec succès, ou avec un certain succès, dans tous les cas?

Mme Scott: Les statistiques varient en ce qui a trait à ce que l'on peut faire au sujet de la douleur physique, mais nous avons une grande résistance à la douleur physique. Dans les cas où nous n'avons pas le contrôle de symptômes réversibles précis, lorsqu'on fait appel à des analgésiques, que ce soit par voie orale ou par d'autres moyens, on peut toujours utiliser des médicaments qui endorment la douleur, même s'ils raccourcissent la vie du malade. C'est une bonne pratique de la médecine, tout à fait acceptable.

Le sénateur Beaudoin: Le D^r Boisvert en est arrivé à une certaine conclusion parce que le succès n'est pas garanti à 100 p. 100. En fait, rien n'est garanti à 100 p. 100.

Mme Scott: Il parlait aussi des souffrances, je crois. Il parlait de la solitude, de l'angoisse, de l'humiliation d'un homme qui avait été capitaine de navire et qui n'était plus qu'un squelette. Les études effectuées en Hollande nous montrent souvent que ce n'est pas la douleur qui est à la base des demandes d'euthanasie, c'est l'humiliation que ressent une personne diminuée. C'est un problème humain fondamental avec lequel nous sympathisons tous et auquel nous resterons à l'écoute. Il n'en reste pas moins que la mort est une réponse bien définitive.

La présidente: Docteur Scott, je vous fais tous mes remerciements au nom du comité.

Mme Scott: J'aimerais simplement indiquer que c'est l'Association canadienne du cancer qui m'a demandé de venir.

La présidente: Nous avons le plaisir d'accueillir parmi nous le professeur Barney Sneiderman, qui appartient au corps enseignant de la faculté de droit de l'Université du Manitoba, où il donne des cours de droit et d'éthique biomédicale ainsi qu'un cours de droit pénal portant sur les questions de société. Il est par ailleurs détaché au sein du département de médecine communautaire du Manitoba dans le domaine de l'éthique médico-légale.

Je suis désolé de vous avoir fait attendre si longtemps, professeur Sneiderman, mais nous avons hâte d'entendre ce que vous avez à dire.

Barney Sneiderman, faculté de Droit, Université du Manitoba: Merci, madame la présidente. Les exposés étaient si intéressants que je n'ai eu aucun inconvénient à attendre.

Je tiens à vous remercier de m'avoir invité à comparaître devant votre comité. Je me propose de consacrer quelques instants à un aperçu des questions en jeu ou pour vous faire part, si vous le

[Text]

and then I will solicit your questions and comments, which I hope will also address my essay, which you have and which is entitled: "The *Rodriguez* Case: Where Do We Go From Here?"

I recently received the April 27 bulletin of the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide in which, under the heading "Definitional Problems", it stated: "There is no clear consensus as to the terminology to be used in dealing with these issues."

Defining one's terms is especially important when one is dealing with euthanasia, because, as you know, there is no single standard definition of the term, except in the philosophical sense of "a good death", and it is neither a legal nor a medical term.

In the Netherlands the term "euthanasia" is restricted to lethal injection scenarios and is thus distinct from assisted suicide, although they are not distinguishable in terms of the Dutch social policy in which both are tolerated if performed in accordance with medical-legal criteria.

Likewise, in Canada, the scenarios are not kept separate in the media and in popular discourse. For example, when the subject matter is the *Sue Rodriguez* case, it is usually packaged as dealing with euthanasia. When I use the term "euthanasia" I am referring to both scenarios, lethal injection on the one hand, and assisted suicide on the other. As I have indicated in my paper, I do not think that they merit differential treatment on either the legal or ethical plane.

There is confusion regarding the meaning of "physician-assisted suicide" and how it differs from "euthanasia." Two months ago an article appeared in the *Globe and Mail* with the heading: "Manitoba Doctor Won't be Charged in ALS Case":

Winnipeg

After months of study, Manitoba prosecutors have decided not to lay criminal charges against the physician who administered multiple doses of morphine to a terminally ill patient who decided to end his life last Easter.

In the *Winnipeg Free Press* last October there were a number of articles about this particular case. The first article began:

A Winnipeg doctor who allegedly helped a man die by disconnecting his respirator and injecting him twice with morphine has raised questions about laws governing assisted suicide.

According to the *Globe and Mail* article, the Manitoba Deputy Attorney General said that the case could be construed as an assisted suicide only if the physician gave the patient more than

[Traduction]

voulez, de mes réflexions à ce sujet, puis je vous demanderai de me présenter vos observations et de me poser des questions qui, je l'espère, porteront aussi sur mon étude, que je vous ai fait parvenir et qui s'intitule: «The *Rodriguez* Case: Where Do We Go From Here?»

Je viens de recevoir le bulletin du 27 avril du Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté dans lequel, à la rubrique «Problèmes de définition», il est mentionné: «On ne s'entend pas clairement sur la terminologie à utiliser dans ces cas.»

Il est tout particulièrement important de définir les termes que l'on emploie lorsqu'on traite de l'euthanasie puisque, vous ne l'ignorez pas, il n'existe pas de définition unique du terme valable pour tous, si ce n'est au sens philosophique de «bonne mort», qui n'est ni médicale, ni juridique.

Aux Pays-Bas, le terme «euthanasie» se limite aux scénarios consistant à administrer une injection mortelle, et il se distingue donc du suicide assisté, même si les deux notions ne se distinguent pas du point de vue de la politique sociale des Pays-Bas puisque les deux pratiques sont tolérées à partir du moment où elles ont lieu conformément à certains critères médico-légaux.

De même, au Canada, ces scénarios ne sont pas considérés à part dans le discours des médias et du grand public. Ainsi, lorsqu'on traite de l'affaire *Sue Rodriguez*, on se réfère généralement à la notion d'euthanasie. Lorsque je parle d'«euthanasie», je me réfère aux deux scénarios, l'administration d'une injection mortelle d'un côté, et le suicide assisté de l'autre. Comme je l'ai indiqué dans mon étude, je ne crois pas qu'il soit justifié de traiter différemment les deux choses, que ce soit sur le plan du droit ou sur celui de l'éthique.

Il y a une confusion en ce qui a trait au sens à donner à l'expression «suicide assisté par un médecin» et à la différence qui existe avec l'«euthanasie». Il y a deux mois, le *Globe and Mail* a publié un article sous le titre: «Le médecin manitobain ne sera pas accusé dans l'affaire du SLA»:

Winnipeg:

Après plusieurs mois de réflexion, le Ministère public du Manitoba a décidé de ne pas déposer des accusations criminelles contre le médecin ayant administré des doses multiples de morphine à un malade en phase terminale qui avait décidé de mettre fin à sa vie à Pâques.

Le *Winnipeg Free Press* a publié en octobre dernier un certain nombre d'articles sur cette affaire en particulier. Voici ce qu'on pouvait lire dans le premier article:

Un médecin de Winnipeg à qui il était reproché d'avoir aidé un homme à mourir en débranchant son respirateur et en lui injectant à deux reprises de la morphine a remis en cause les lois s'appliquant au suicide assisté.

Selon l'article du *Globe and Mail*, le sous-procureur général du Manitoba avait déclaré que l'on ne pouvait considérer cette affaire comme un cas de suicide assisté que si le médecin avait

[Texte]

the usual therapeutic dose of morphine with the specific intent of speeding his death.

If the physician committed a crime in this case, it was not aiding suicide under section 241 of the Criminal Code. It was the crime of first degree murder, because it was the physician who performed the physical act that brought about the patient's death.

Assisted suicide means that the physical act that directly brings about death is performed by the patient. That is why Dr. Kevorkian was always so careful in the State of Michigan to ensure that no matter how disabled the patient, the patient could manipulate his suicide machine, even if the patient could barely move her little finger. If she could somehow trigger a switch that would set the lethal process in motion, that was assisted suicide, which until recently was not an offence in Michigan.

One really has to distinguish between lethal injection scenarios and assisted suicide scenarios. I personally object to the term "physician-assisted death". The *Nancy B.* case involved a physician-assisted death, as did the Winnipeg case.

The Winnipeg case involved a patient with ALS on a respirator who decided that enough was enough and he wished to die. The respirator had twice become disconnected accidentally and on neither occasion was the patient able to take a breath. On this occasion, when the respirator was disconnected, there were clinical signs indicating to the physicians at hand that the patient was not able to breathe on his own. As any first-year criminal law student could tell you, the physician in this case could not have caused the patient's death by injecting morphine, because morphine kills by suppressing respiration, and here there was no respiration to suppress. The morphine was administered to sedate the patient. If the physician had not done so, he would have been a sadist. He would have acted unprofessionally. I think he would have been exposed to both criminal and civil liability.

However, this was a physician-assisted death. The physician removed the respirator, something which also happened in the *Nancy B.* case.

As I wrote in my paper on the issue of euthanasia, I personally find myself engulfed by an inner turmoil that pulls my heart one way and my head the other. Whenever I hear or read an impassioned defence of the status quo, the continued criminalization of euthanasia, my thoughts run along the following lines: Who are you to say that someone who is inflicted with intolerable suffering cannot resort to euthanasia? How can you, speaking from within the comfort of your intact body, say to one who is sorely afflicted of body and soul that he or she must be denied the merciful release of euthanasia? If you have not undergone the

[Translation]

administré à son malade une dose de morphine supérieure à la dose thérapeutique dans l'intention précise d'accélérer sa mort.

Si le médecin avait commis un crime dans cette affaire, ce n'était pas celui d'avoir aidé à commettre un suicide aux termes des dispositions de l'article 241 du Code criminel. S'il y avait crime, il s'agissait alors d'un meurtre au premier degré puisque c'était le médecin qui avait physiquement commis l'acte ayant entraîné la mort du malade.

Pour que l'on puisse parler de suicide assisté, il faut que l'acte ayant entraîné directement la mort soit physiquement commis par le malade. C'est pourquoi le Dr Kevorkian a toujours pris bien soin dans l'État du Michigan de s'assurer que quelle que soit la gravité de l'incapacité du malade, ce dernier soit en mesure de faire fonctionner lui-même sa machine à suicide, s'il pouvait à peine bouger le petit doigt. Si le ou la malade pouvait d'une manière ou d'une autre appuyer sur un bouton pour mettre en route le mécanisme mortel, il s'agissait alors d'un suicide assisté, ce qui jusqu'à une date récente ne constituait pas une infraction au Michigan.

Il faut vraiment faire une distinction entre les scénarios faisant appel à l'administration d'une injection mortelle et ceux qui relèvent du suicide assisté. Je m'oppose personnellement à l'expression «mort assistée par un médecin». L'affaire *Nancy B.* portait sur une mort assistée par un médecin, de même que l'affaire de Winnipeg.

Dans l'affaire de Winnipeg, un malade souffrant de sclérose latérale amyotrophique qui était branché sur un respirateur avait décidé qu'il en avait assez et souhaitait mourir. Le respirateur avait déjà été débranché à deux reprises par accident et en chaque occasion le malade n'arrivait pas à trouver sa respiration. À cette occasion, lorsque le respirateur a été débranché, il y a eu des signes cliniques indiquant aux médecins qui étaient présents que le malade était incapable de respirer de lui-même. N'importe quel étudiant de droit pénal de première année va vous dire que dans ce cas le médecin n'a pas pu causer la mort du malade en lui injectant de la morphine, puisque la morphine tue en supprimant la faculté de respirer, et que cette faculté n'existait plus. La morphine a été administrée pour calmer le patient. S'il ne l'avait pas fait, le médecin aurait été un sadique. Il n'aurait pas agi de manière professionnelle. Je crois qu'il aurait encouru à la fois une responsabilité pénale et une responsabilité civile.

Il s'agissait toutefois d'une mort assistée par un médecin. Le médecin a débranché le respirateur, la même chose que ce qui s'est passé dans l'affaire *Nancy B.*

Comme je l'ai écrit dans mon étude au sujet de l'euthanasie, je me trouve moi-même plongé dans un conflit intérieur qui fait que mon cœur penche d'un côté et ma raison de l'autre. Chaque fois que j'entends ou que je lis un plaidoyer passionné pour le statu quo, pour le maintien de la criminalisation de l'euthanasie, voici ce qui me vient immédiatement à l'esprit: pour qui vous prenez-vous pour dire que quelqu'un qui souffre le martyre ne peut pas recourir à l'euthanasie? Comment pouvez-vous, du haut de votre corps en bonne santé, dire à quelqu'un qui souffre terriblement dans son corps et dans son âme qu'il n'a pas le droit

[Text]

experience of intolerable relentless suffering, then how dare you tell those who have that they must die your way?

I sometimes wonder if the views of such persons would change if we could construct a *Twilight Zone* episode in which the central figure is the impassioned opponent of euthanasia who finds himself magically entrapped for one day in the body of a Sue Rodriguez or an AIDS patient I knew in the Netherlands who died by an act of physician-assisted suicide. I could not help but wonder if that person's view would be the same after he emerged from that experience, shaken by spending but one day in the sheer hell of such a person's existence.

I can tell you what I am thinking, but I could not express my thoughts as eloquently as has the renowned legal philosopher Ronald Dworkin in his recent book, *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*. He wrote:

Making someone die in a way others approve, but he believes a horrifying contradiction of his life, is a devastating, odious form of tyranny.

That is my heart speaking. It prompts me to reject the "No, never!" approach to euthanasia, by which I mean the philosophical view that euthanasia is morally wrong in principle. Period. "Euthanasia is killing. Killing is wrong. Case closed."

There is also the slippery-slope argument. All I will say about that is to refer to Dr. Scott's data about euthanasia in the Netherlands. The 1,000 cases to which she has referred are labelled "life-terminating acts without explicit request". The cases are divided into three categories.

One category was, in effect, euthanasia by advance directive. These include patients who had signed or who had given oral directives to the physician asking the physician to provide a lethal injection if, in the physician's judgment, the patient's pain and suffering was intolerable. These cases almost invariably involve end-stage cancer patients.

The second category is one in which patients had not stipulated by way of an oral or written advance directive that the physician should administer a lethal injection when the physician deemed it was time, but who had made statements such as, "Doctor, you will know what to do when the time comes. You will know what to do if you find my suffering horrific and I am not able to express my views."

The third category is one which involves patients who had never expressed any views about death by lethal injection. One such case was described to me by a physician at the Netherlands Cancer Institute. This was a patient who was expected to die within hours. The family was in a state of turmoil. The patient

[Traduction]

d'être soulagé au moyen de l'euthanasie? Puisque vous n'avez pas fait l'expérience de cette souffrance intolérable et incessante, comment osez-vous dire à ceux qui la subissent dans leur chair qu'ils doivent mourir comme vous l'entendez?

Je me demande parfois si ces personnes ne changeraient pas d'opinion si l'on pouvait imaginer un épisode de *Twilight Zone* dans lequel le personnage principal, passionnément opposé à l'euthanasie, se retrouverait un jour comme par magie enfermé dans le corps de Sue Rodriguez ou d'un sidatique que j'ai connu aux Pays-Bas et qui est mort à la suite d'un suicide assisté par un médecin. Je ne peux m'empêcher de me demander si cette personne aurait la même façon de voir les choses après être passée par cette expérience, secouée après avoir plongé pendant une journée dans l'enfer de cette existence.

Je vous fais part de mes pensées, mais je ne peux pas les exprimer avec autant d'éloquence que l'a fait l'éminent philosophe du droit Ronald Dworkin dans son ouvrage récent: *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*. Voici ce qu'il écrit dans cet ouvrage:

Obliger quelqu'un à mourir d'une façon que les autres approuvent, mais que l'intéressé considère comme une horrible contradiction dans sa vie, est une forme de tyrannie odieuse et dévastatrice.

Je parle là avec mon coeur. Cela m'amène à rejeter la conception de l'euthanasie qui fait dire «non, jamais!», par laquelle j'entends la conception philosophique selon laquelle l'euthanasie est une faute morale par principe, un point c'est tout. «Euthanasier c'est tuer. Tuer c'est mal. N'en parlons plus.»

Il y a aussi l'argument de la pente dangereuse. Il me suffit de me reporter aux statistiques citées par la doctoresse Scott au sujet de l'euthanasie aux Pays-Bas. Les 1 000 cas auxquels elle se réfère sont qualifiés «d'actes mettant fin à la vie sans qu'il y ait eu une demande explicite». Ces cas se répartissent en trois catégories.

La première représente les cas d'euthanasie s'accompagnant en fait d'une directive donnée à l'avance. Il s'agit des malades ayant signé une autorisation ou ayant donné verbalement des directives à leur médecin en lui demandant de leur administrer une injection mortelle si, à son avis, la douleur et la souffrance du malade étaient intolérables. Il s'agit presque toujours dans ce cas de malades atteints d'un cancer en phase terminale.

La deuxième catégorie est celle des malades qui n'ont pas donné à l'avance, par écrit ou verbalement, une directive enjoignant à leur médecin de leur administrer une injection mortelle si ce dernier jugeait que le temps était venu, mais qui ont fait des déclarations du genre: «Docteur, vous saurez ce qu'il faut faire lorsque le temps sera venu. Vous saurez ce qu'il faut faire si vous me voyez en train de souffrir horriblement et si je ne suis pas en mesure de faire connaître mon opinion.»

La troisième catégorie est celle des malades qui n'ont jamais exprimé un avis quelconque au sujet de la mort par administration d'une injection mortelle. L'un de ces cas m'a été décrit par un médecin de l'Institut du cancer des Pays-Bas. Il s'agissait d'un malade que l'on s'attendait à voir mourir dans les heures

[Texte]

was suffering. The physician took it upon herself to end the patient's life.

In Dutch law that is culpable homicide. It does not fall within the exceptions carved out under the Dutch penal code. What she did was legally wrong.

The point that I would make is this: There is a logical fallacy I call *post hoc, ergo propter hoc*, which means "after this, therefore because of this". I do not know if we can say that these cases occurred because of the euthanasia policy in the Netherlands, because there is certainly anecdotal evidence that such cases occur here as well. So I do not know if one can say that one has proved cause and effect.

Regarding the Netherlands, and we could talk about the Netherlands for quite some time, I would also say that I have interviewed I cannot tell you how many Dutch physicians, invariably general practitioners. According to the Remmelink Commission report, 68 per cent of the patients suffered from cancer, and I cannot recall the precise percentage for patients with COPD, emphysema or AIDS. Every physician to whom I spoke said to me, some with tears in their eyes, that to do this was really a shattering experience.

I can recall one anaesthetist who gave a lethal injection to a patient suffering from ovarian cancer. He said that he has performed euthanasia about six times in 15 years. He said that every time he has to take a few days off from work. He goes home. He has a few scotches. He then goes for a walk on the beach with his wife.

Whether I have met a random sample of Dutch physicians, I cannot say. Perhaps they are pulling the wool over my eyes; I cannot say. But the physicians I met struck me as very devoted, compassionate care givers.

Of course, not all physicians are saints. We can say all lawyers are saints, but we cannot say that about physicians, of course. Or we can say that all lawyers and politicians are saints, but not all physicians.

I would like to comment briefly on the current social policy on euthanasia. On the one hand, there is the stern face of the Criminal Code. The ban on aiding suicide is section 241. Section 14 precludes a defence of consent to a charge of murder by holding that one cannot consent to have death inflicted upon him. In other words, a killing at the behest of a victim in which the killer is motivated by compassion is murder. On the other hand, the killing of a non-consenting victim in which the killer is motivated by anger or rage may ground a defence of provocation, which reduces murder to manslaughter.

[Translation]

suivantes. La famille était totalement bouleversée. Le malade souffrait. La doctoresse a pris sur elle de mettre fin à la vie du malade.

En droit des Pays-Bas, il s'agit là d'un homicide coupable. Ce cas ne relève pas des exceptions prévues par le Code pénal des Pays-Bas. Ce qu'elle a fait était contraire à la loi.

Mon argument est le suivant: il y a un vice à la base du raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*, qui signifie «à la suite de cela, donc à cause de cela». Je ne suis pas sûr que l'on puisse dire que ces cas se sont produits à cause de la politique adoptée en matière d'euthanasie aux Pays-Bas parce que, d'après ce que l'on entend dire, il semble prouvé que ce genre de choses se produit aussi chez nous. Je ne suis donc pas sûr que l'on puisse dire que l'on a prouvé qu'il y avait une relation de cause à effet.

En ce qui concerne les Pays-Bas, et je pourrais vous parler des Pays-Bas pendant longtemps, je dois dire aussi que j'ai interrogé je ne sais combien de médecins néerlandais, systématiquement des médecins généralistes. Selon le rapport de la Commission Remmelink, 68 p. 100 des malades souffraient d'un cancer, et je ne me souviens pas exactement des pourcentages précis de malades dans le coma, souffrant d'empysème ou atteints de SIDA. Tous les médecins auxquels j'ai parlé, certains avec des larmes dans les yeux, m'ont dit que c'était une expérience bouleversante.

Je me souviens d'un anesthésiste qui a administré une injection mortelle à une malade atteinte d'un cancer aux ovaires. Il m'a dit qu'il avait pratiqué l'euthanasie quelque six fois en 15 ans. Chaque fois, m'a-t-il dit, il avait dû s'arrêter de travailler pendant quelques jours. Il rentre chez lui. Il boit quelques whiskies. Il va ensuite faire une promenade sur la plage avec sa femme.

Je ne peux pas dire si j'ai rencontré un échantillon représentatif des médecins des Pays-Bas. Peut-être ont-ils réussi à me faire prendre des vessies pour des lanternes; je ne saurais dire. Il n'en reste pas moins que les médecins que j'ai rencontrés m'ont paru très dévoués, pleins de compassion.

Bien entendu, tous les médecins ne sont pas des saints. On peut dire que tous les avocats sont des saints, mais ce n'est pas le cas de tous les médecins, bien entendu. On peut même dire que tous les avocats et tous les politiciens sont des saints, mais pas tous les médecins.

J'aimerais faire un bref commentaire au sujet de la politique sociale actuelle qui s'applique à l'euthanasie. D'un côté, il y a le visage sévère du Code criminel. C'est l'interdiction d'aider à commettre un suicide de l'article 241. L'article 14 interdit que l'on allègue le consentement pour sa défense lorsqu'on est accusé de meurtre, au motif qu'on ne peut consentir à sa propre mort. Autrement dit, celui qui tue par compassion à la requête de sa victime est coupable de meurtre. D'un autre côté, le fait de tuer une victime non consentante lorsque celui qui tue est motivé par la colère ou par la rage permet d'alléguer pour sa défense qu'il y a eu provocation, ce qui ramène le meurtre à un homicide volontaire.

[Text]

This hardly seems fair, does it? Prompted by mercy and compassion, you kill a person at his earnest request and that is murder. Prompted by rage and anger, you kill a non-consenting victim and that is manslaughter.

On the other hand, the hard face of the law is tempered by internal-regulating mechanisms. There is the Crown's discretion to lay a reduced charge. There is also the court's authority to accept a guilty plea to a lesser offence. In two Ontario cases, which you have probably heard about, a physician and a nurse were charged with murder. Each pleaded guilty to administering a noxious substance and neither was jailed.

Finally, there is the phenomenon of jury nullification or jury equity, in which the jury has the power to acquit an accused who was clearly guilty as charged. That just happened in the recent trial of the notorious Dr. Kevorkian. He was charged with aiding suicide in connection with the death of a 29-year-old victim of ALS, Lou Gehrig's disease.

I have seen a video about the case, a video that pulls at your heart strings. The jury saw the same video. Here was the 29-year-old victim of ALS, a landscaper, a tall, husky, good looking man. You then see him shrivelled up into a shadow of his former self. Dr. Kevorkian always video tapes his cases. And then there is the ALS victim pleading to die because he cannot take it any more. In the video you see his partner, who describes the agony that she went through, his love for their two-year-old child, and how she supported him in his decision because she loved him so much and because she found his suffering so intolerable to bear. And, as she said, it was his decision and she supported him.

Dr. Kevorkian was clearly guilty in law. I do not think the jury bought the argument of the defense counsel that when he administered the carbon monoxide it was not with the intent that the patient die but that his suffering be relieved. Dr. Kevorkian was clearly guilty in law and yet I was not the least surprised when the jury acquitted him. I am no fan of Dr. Kevorkian's.

One can almost say that the law is a dead letter, because where could one find a jury of 12 who would all agree to convict in a euthanasia case in which the evidence strongly supports the compassionate motive of the accused? Also note that euthanasia is by definition a consensual crime. As any first-year criminology student can tell you, law enforcement has over time found it quite frustrating to deal with the suppression of such consensual behaviours as drugs, abortion, homosexuality and gambling. When there is no agreed victim to bring the crime to public attention it becomes very difficult to combat criminal activity involving consensual partners who will not bring public visibility to their actions.

[Traduction]

Cela semble bien injuste, n'est-ce pas? Poussé par la compassion et la volonté d'alléger les souffrances, vous tuez une personne sur ses instances et il s'agit d'un meurtre. Poussé par la rage et la colère, vous tuez une victime non consentante et il s'agit d'un homicide volontaire.

D'un autre côté, le visage sévère du droit est adouci par les mécanismes de régulation interne. Le ministère public a le pouvoir discrétionnaire de réduire la gravité d'une accusation. Le tribunal a aussi le pouvoir d'accepter un plaidoyer de culpabilité pour une infraction moins grave. Dans deux affaires de l'Ontario dont vous avez probablement entendu parler, un médecin et une infirmière ont été accusés de meurtre. Tous deux ont plaidé coupables pour avoir administré une substance toxique et aucun d'eux n'a été jeté en prison.

Enfin, il y a le phénomène de l'annulation par le jury, ou du jugement prononcé en équité par le jury, qui a le pouvoir d'acquitter un accusé qui a pourtant bien commis ce dont il est accusé. C'est justement ce qui vient de se passer dans le célèbre jugement du Dr Kevorkian. Il était inculpé d'avoir aidé à commettre un suicide en relation avec la mort d'une victime du SLA, la maladie de Lou Gehrig, âgée de 29 ans.

J'ai vu la vidéo qui a été présentée dans cette affaire, une vidéo qui vous va droit au coeur. Le jury a vu cette même vidéo. On y voit la victime du SLA, un paysagiste de 29 ans, un homme grand, beau, bien bâti. On le voit alors réduit à n'être plus que l'ombre de lui-même. Le Dr Kevorkian enregistre toujours ses cas sur bandes vidéo. On y voit la victime du SLA réclamer en suppliant la mort parce qu'elle n'en peut plus. Sur la bande vidéo on voit sa compagne, qui décrit la terrible épreuve par laquelle elle est passée, son amour pour leur enfant de deux ans, la façon dont elle l'appuie dans sa décision parce qu'elle l'aime de tout son coeur et parce qu'elle trouve ses souffrances intolérables. Enfin, dit-elle, c'est lui qui a pris la décision et elle l'appuie.

Le Dr Kevorkian était de toute évidence coupable aux yeux du droit. Je ne crois pas que le jury ait accepté l'argumentation de l'avocat de la défense, qui lui a dit que lorsque le Dr Kevorkian avait administré le gaz carbonique, ce n'était pas dans l'intention de faire mourir son malade, mais de soulager ses souffrances. Le Dr Kevorkian était bien évidemment coupable en droit mais je n'ai pas été le moins du monde surpris de voir que le jury l'avait acquitté. Je ne suis pas un partisan fanatique du Dr Kevorkian.

On peut presque dire que le droit actuel va rester lettre morte, car qui va trouver un jury de 12 personnes acceptant de condamner dans une affaire d'euthanasie un accusé au sujet duquel il est clairement prouvé qu'il a agi par compassion? Notons aussi que l'euthanasie est par définition un crime consensuel. N'importe quel étudiant de première année en criminologie vous dira que les pouvoirs publics ont toujours bien eu du mal à réprimer des comportements consensuels tels que la toxicomanie, l'avortement, l'homosexualité ou le vice du jeu. Lorsqu'il n'y a pas une victime qui, aux yeux de tous, attire l'attention des pouvoirs publics sur le crime, il devient très difficile de lutter contre des activités criminelles commises par des partenaires consentants qui cachent leurs agissements aux yeux du public.

[Texte]

Who knows, for example, how many AIDS patients have committed suicide with the aid of friends and loved ones; or how many physicians have given deliberate doses of morphine to dying patients? As long as the "criminals" are discreet, who will know?

We thus have in place a mechanism of social control that no doubt inhibits "X" number of physicians and lay persons from resorting to euthanasia while at the same time "Y" number do cross the barrier into criminality. When the exceptional one gets caught, usually because of his own indiscretions, the law in practice tempers justice with mercy.

It may be that the status quo is the best that we can do, and that we leave it at that; or one might view the status quo as a holding action that we keep in place while we ponder whether we can devise a better system of social engineering.

That something better is the legalization of euthanasia, according to its proponents. I have stressed in my paper that, if euthanasia is to live up to its promise as the medical measure of last resort, then we must first come to grips with the very nature of our health care system, and in particular with how it treats the sorely afflicted and the dying.

Philosophers and bioethicists, from time immemorial, have debated whether or not there is a profound distinction between killing and letting die. Letting die is the Nancy B. scenario. Treatment is withdrawn or withheld. The patient dies a natural death. The physician has heroically combatted the disease process. There comes a time when that is no longer considered a feasible option, so the physician steps aside and death is allowed to run its course.

On the other hand, there is killing — either death by lethal injection or assisted suicide.

I ask my students to imagine a hospital room containing two patients: Nancy B. and Sue Rodriguez. Both are mentally competent, both desperately wish to die. Nancy B. dies because the physician performs a deliberate action. He deliberately disconnects the respirator and stands by until the patient dies. Let us also assume that they have the same compassionate physician and the physician accedes to Nancy B.'s request and then Sue Rodriguez says, "Well, what about me?" He then explains that there is a profound moral distinction between killing and letting die, leaving aside the law, and that he cannot comply with her wishes.

I am not convinced that there is such a profound moral distinction. On the other hand, I do not believe that the killing and letting die scenarios rest on the same moral plain.

The Nancy B. case is understood as a case illustrating the "no treatment without consent" principle. It would not matter if her decision were considered reasonable. Most of us, I imagine,

[Translation]

Qui sait, par exemple, combien de sidatiques se sont suicidés avec l'aide de leurs amis ou des êtres qui leur sont chers; combien de médecins ont administré délibérément des doses mortelles de morphine à leurs malades mourants? Dans la mesure où ces «criminels» restent discrets, qui va le savoir?

Nous avons donc mis en place un mécanisme de contrôle social qui, sans aucun doute, empêche un nombre «X» de médecins et de profanes de recourir à l'euthanasie alors que parallèlement un nombre «Y» franchit cette barrière et n'hésite pas à commettre un crime. Dans quelques rares cas, le coupable est pris, généralement en raison de sa propre indiscrétion, mais en pratique le droit tempère la justice en faisant appel au pardon.

Il est possible que le statu quo soit ce qu'il y a de mieux et qu'il faille nous en tenir à cela; on pourrait aussi considérer le statu quo comme une solution temporaire en attendant que l'on ait suffisamment réfléchi pour mettre en place un meilleur système de contrôle social.

Ce meilleur système, c'est la légalisation de l'euthanasie, si l'on en croit ses partisans. J'ai souligné dans mon étude que si l'on veut que l'euthanasie tienne ses promesses en tant que solution médicale de dernier recours, il nous faut d'abord nous attaquer à la nature même de notre système de soins de santé, et plus particulièrement à la façon dont il traite les personnes sérieusement affligées et les mourants.

Les philosophes et les spécialistes de la bioéthique débattent depuis de temps immémoriaux pour savoir si l'on doit faire une distinction fondamentale entre le fait de tuer et celui de laisser mourir. Laisser mourir, c'est le scénario de l'affaire Nancy B. Le traitement est retiré ou non accordé. Le malade meurt de mort naturelle. Le médecin a héroïquement combattu la maladie. Il arrive un moment où cette option n'est plus possible, le médecin se retire alors et laisse la mort faire son office.

D'un autre côté, il y a le fait de tuer le malade — soit en lui administrant une injection mortelle, soit en recourant au suicide assisté.

Il m'arrive de demander à mes étudiants d'imaginer une salle d'hôpital dans laquelle se trouvent deux malades: Nancy B. et Sue Rodriguez. Les deux sont lucides et veulent absolument mourir. Nancy B. meurt sous l'effet d'une action délibérée de son médecin. Il débranche délibérément le respirateur et reste au chevet de la malade jusqu'à ce qu'elle meurt. Supposons que les deux patientes aient le même médecin empreint de compassion, que ce dernier accède à la demande de Nancy B. et que Sue Rodriguez lui dise alors «Et moi alors?». Il doit alors lui expliquer qu'il y a une différence morale profonde entre le fait de tuer et celui de laisser mourir, sans parler de ce qu'en dit le droit, et qu'il ne peut accéder à ses souhaits.

Je ne suis pas convaincu qu'il y ait une différence morale profonde de ce type. D'autre part, je ne crois pas que les scénarios qui consistent d'une part à tuer et de l'autre à laisser mourir se situent sur le même plan moral.

On considère que l'affaire Nancy B. illustre le principe «pas de traitement sans consentement». Que sa décision soit considérée comme raisonnable ou non, ça ne fait aucune différence. Pour la

[Text]

would not consider a decision by an adult Jehovah's witness to refuse a blood transfusion as reasonable, particularly if the prognosis for recovery were excellent; but, if the patient is medically competent, then that is her choice and she cannot be treated without consent. Yet, when it comes to the question of euthanasia, even euthanasia proponents admit that euthanasia is really only appropriate as the medical measure of last resort.

I am admittedly hung up on the notion of euthanasia as the medical measure of last resort. In that regard I will mention what I call the Kirchik principle, which I have named after June Kirchik. On February 3, 1991, during the height of the Gulf War, the *Miami Herald* carried a front-page story about a 58-year-old victim of breast cancer living with her daughter and three grandchildren in a dingy trailer park. Jean Kirchik was destitute, with no money for medical care. She had sought treatment from a hospital that treated the indigent, but there were waiting lists and she was told to hang on until she could be plugged into the system. Two days later the newspaper reported her death — untreated to the end.

Imagine that euthanasia was the law in Florida in 1991. Assume that Jean Kirchik could have come up with \$50 to pay a physician for a lethal injection or a lethal dose of Seconal. She probably would have qualified for euthanasia under legal safeguards: mentally competent, free and informed choice, unbearable suffering that could not otherwise be relieved, given the nature of the U.S. health care system.

I use this deplorable case to make a point even though our health care system, with all its imperfections, does not entrench the kind of iniquity that doomed poor Jean Kirchik. I do not believe that we have the kind of health care system that can guarantee that euthanasia would only be practised as the medical measure of last resort. We could do much better in controlling the pain and suffering of those who come to believe that they are better off dead — not all of them, because there will always be a residual number who will seek out euthanasia even in the best of all possible health care systems. But I believe that for every such person there are multiples who would opt for a natural death in a society that was duly committed to alleviating the pain and suffering of its sorely afflicted brethren.

It seems to me that euthanasia proponents are seeking the "quick fix" solution. I grant and honour their compassion and humanity. In that respect, I think of two clergymen friends of mine in Winnipeg, one United Church, the other Anglican Church, who were both fervent supporters of legal change. I have never met more wonderful people in my life. They are caring and compassionate.

[Traduction]

plupart, j'imagine, nous ne jugerons pas raisonnable la décision prise par un témoin de Jéhovah adulte de refuser une transfusion sanguine, surtout si le pronostic de rétablissement est excellent; mais si le malade a tous ses esprits d'un point de vue médical, c'est sa décision et il ne peut pas être traité sans son consentement. Pourtant, lorsqu'il s'agit d'euthanasie, même les partisans de l'euthanasie reconnaissent que l'euthanasie ne se justifie que comme pratique médicale de dernier recours.

Je reconnais que j'ai un petit faible pour la notion d'euthanasie considérée comme la pratique médicale de dernier recours. À cet égard, je mentionnerai ce que j'appelle le principe de Kirchik, que j'ai appelé ainsi à la mémoire de Jean Kirchik. Le 3 février 1991, au plus fort de la guerre du Golfe, le *Miami Herald* a publié en première page l'histoire d'une victime du cancer du poumon, âgée de 58 ans, qui vivait avec sa fille et ses trois petits-enfants dans un parc de maisons mobiles délabrées. Jean Kirchik était dans un complet dénuement et n'avait pas d'argent pour payer ses soins médicaux. Elle avait voulu se faire soigner dans un hôpital traitant les indigents, mais il y avait une liste d'attente et on lui a demandé de prendre patience en attendant qu'on puisse la traiter. Deux jours plus tard, le journal faisait état de sa mort — sans aucun traitement jusqu'à la fin.

Imaginez que l'euthanasie ait été prévue par le droit de la Floride en 1991. Supposons que Jean Kirchik ait pu trouver 50 \$ pour payer un médecin chargé de lui administrer une injection mortelle ou une dose mortelle de Seconal. Elle aurait probablement pu prétendre à recourir à l'euthanasie en vertu des critères de protection fixés par la loi: lucidité, liberté de choix en toute connaissance de cause, souffrance insupportable ne pouvant être soulagée par d'autres moyens, tout cela compte tenu de la nature du système de soins de santé aux États-Unis.

Je cite cet exemple déplorable pour appuyer mon argumentation même si notre système de soins de santé, malgré toutes ses imperfections, ne va pas jusqu'à entériner des injustices comme celle qui a frappé Jean Kirchik. Je ne crois pas que nous ayons un système de soins de santé nous garantissant que l'euthanasie ne sera pratiquée qu'à titre d'intervention médicale de dernier recours. Nous pourrions faire bien davantage pour lutter contre la douleur et la souffrance de ceux qui en sont venus à penser qu'il vaudrait mieux qu'ils soient morts — pas tous, parce qu'il en restera toujours un petit nombre qui s'efforceront d'obtenir l'euthanasie même dans le meilleur des systèmes de santé. Je considère cependant que pour chaque personne appartenant à cette catégorie, il y en a beaucoup qui opteront pour une mort naturelle dans une société résolument décidée à soulager la douleur et les souffrances de ses membres qui sont durement affligés.

Il m'apparaît que les tenants de l'euthanasie sont à la recherche d'une «solution expéditive». Je reconnais qu'ils sont mus par la compassion et par un esprit humanitaire, et je leur en sais gré. À cet égard, je pense à deux amis à moi qui sont membres du clergé à Winnipeg, l'un de l'Église unie et l'autre de l'Église anglicane, et qui sont de fervents partisans d'un changement de la loi. Je n'ai jamais rencontré de meilleures personnes dans ma vie. Ils prennent soin des autres et font preuve de compassion.

[Texte]

It seems to me, though, that most euthanasia proponents, in their public rhetoric at least, lose sight of the big picture, by which I mean how our society comes to grips with dying and death. You have heard a reference from Dr. Boisvert to Sir Thomas More's *Utopia*.

The sick they see to with great affection, and let nothing at all pass concerning either physic (medicine) or good diet whereby they may be restored again to their health. Them that be sick of incurable diseases they comfort with sitting by them, with talking to them, and, to be short, with all manner of helps that may be. But if the disease be not only incurable, but also full of continual pain and anguish... And seeing his life is to him but a torment, that he will not be unwilling to die...and either dispatch himself out of that painful life, as out of a prison or a rack of torment, or else suffer himself willingly to be rid of it by others. And in so doing (the priest and the magistrates) tell him he shall do so wisely, seeing by his death he shall lose no commodity, but end his pain...believing this to be an honourable death.

I believe Sir Thomas More got it right. Those who have incurable diseases we comfort with all manner of helps that may be. When that does not work, we allow them the merciful release of euthanasia. I would say that, in essence, More believed that euthanasia was part and parcel of a humane health care system, and I agree. I think that what he would say to us is that, if we are going to move away from the current model of social control, it is folly simply to legalize euthanasia and leave it at that. Rather, what we have to do is build a structure to house a humane euthanasia policy.

It seems to me that, as we approach the twenty-first century, the euthanasia issue really cannot be considered in isolation. It must be considered in the context of our health care system and how we will die in the next century.

In my paper, I have sketched out some ideas that are admittedly really sketchy and barely scratch the surface, but what I hope to do is to point us in the direction which I believe we should be following whether or not we legalize euthanasia in the process. Thank you.

Senator Beaudoin: It was interesting to hear you when you compared the *Nancy B.* case and the *Rodriguez* case. Obviously, there is a major difference. It is a question of definition here. Speaking for myself, I do not think I have a problem with the *Nancy B.* case, legally speaking. I think it is a good decision.

[Translation]

Il m'apparaît néanmoins que la plupart des tenants de l'euthanasie, du moins dans leur discours public, perdent de vue la réalité de la situation, et j'entends par là la façon dont notre société doit faire face à l'agonie et à la mort. Vous avez entendu tout à l'heure le Dr Boisvert vous citer l'ouvrage l'*Utopie* de sir Thomas More.

J'ai déjà dit quels soins affectueux les Utopiens ont pour les malades; rien n'est épargné de ce qui peut contribuer à leur guérison, soit en remèdes, soit en aliments. Les malheureux affligés de maux incurables reçoivent toutes les consolations, toutes les assiduités, tous les soulagements moraux et physiques capables de leur rendre la vie supportable. Mais, lorsque à ces maux incurables se joignent d'atroces souffrances, que rien ne peut suspendre ou adoucir, les prêtres et les magistrats se présentent au patient, et lui apportent l'exhortation suprême. Ils lui représentent qu'il est dépouillé des biens et des fonctions de la vie; qu'il ne fait que survivre à sa propre mort, en demeurant ainsi à charge à soi-même et aux autres. Ils l'engagent à ne pas nourrir plus longtemps le mal qui le dévore, et à mourir avec résolution, puisque l'existence n'est pour lui qu'une affreuse torture. «Ayez bon espoir», lui disent-ils, «brisez les chaînes qui vous étouffent et sortez vous-même du cachot de la vie; ou du moins consentez à ce que d'autres vous en délivrent. Votre mort n'est pas un refus impie des bienfaits de l'existence, c'est le terme d'un cruel supplice.»

Je crois que sir Thomas More a bien raison. Ceux qui sont atteints d'une maladie incurable, il nous faut les conforter de toutes les manières possibles et leur apporter toute l'aide nécessaire. Quand il n'y a plus rien à faire, nous venons interrompre leur calvaire grâce à l'euthanasie. Je dirais qu'au fond More considérait que l'euthanasie faisait partie intégrante d'un système de santé empreint d'humanité, et je suis d'accord avec lui. Je crois qu'il nous dirait que si nous voulons nous écarter du modèle courant de contrôle social, ce serait une folie que de légaliser purement et simplement l'euthanasie. Il faudrait plutôt nous doter d'une structure faisant place à une politique d'euthanasie empreinte d'humanité.

Il me semble qu'à l'aube du vingt-et-unième siècle, la question de l'euthanasie ne peut pas être considérée isolément. Il faut la replacer dans le contexte de notre système de soins de santé en tenant compte de la façon dont nous allons mourir au prochain siècle.

Dans mon étude, j'ai ébauché un certain nombre d'idées qui restent, je le reconnais, parcellaires, mais j'espère avoir montré la voie qui, à mon avis, est celle qu'il nous faut suivre, que nous légalisions ou non l'euthanasie. Je vous remercie.

Le sénateur Beaudoin: Je vous ai écouté avec intérêt lorsque vous avez rapproché l'affaire *Nancy B.* de l'affaire *Rodriguez*. Il est évident qu'il y a une différence fondamentale. Tout est question de définition ici. En ce qui me concerne, je ne pense pas avoir de problème à accepter la décision *Nancy B.*, sur le plan du

[Text]

The *Rodriguez* case is much more difficult, and I am not surprised that the Supreme Court made a five-to-four decision.

I did not have the advantage or opportunity to read the whole of your memorandum. But what do you think of that decision? Is it good? Do you agree with the majority or with the minority? Do you disagree with the way the case was handled?

Mr. Sniderman: I agree with the result. It is what I personally hoped for. What I was also hoping for was a minority decision, or more than one, so that the issue would not simply be placed on the back burner.

As Dr. Scott pointed out, what really is at issue here is pain and suffering, and how we confront our own mortality. There are two points I would make. On the one hand, I keep returning to the view that it really is an existential question, by which I mean you are the person who is doing the suffering. You are the person who is entrapped in the failing body. It seems to me that, if it is you in that position, your view might very well be much different compared to when you simply view the situation abstractly.

There was a film I saw on television recently which I would very briefly like to tell you about. Some of you may have seen it. It was a six-part *Nova* series titled "Medicine at the Crossroads". The first part was titled, "Life Support". It focused on three societies, the United States, India and Ireland, and the dilemma of the last stage of life in the role of medicine.

One particular case from each country was highlighted, and I cannot say how typical they are but they certainly reflect their respective cultures.

The American case involved an 82-year-old retired executive whose first name was Harold, which you will not forget when you see the video and I will explain why in a moment. Harold was living in a retirement village, Sun City, Arizona. He had not signed an advance directive. According to his wife, he believed he would live forever. He would simply play golf throughout eternity, and he simply would not discuss life and death issues.

Harold developed pancreatic cancer, which, according to my understanding, is one of the most lethal. There was surgery. He came out of the surgery. He was not really mentally competent to make a decision as to what would happen next. The ICU physician told his wife that he thought that, if Harold were treated aggressively, perhaps he might have another two or three months of quality living. So she agreed. He was treated aggressively, but Harold did not get better.

So what you see is poor Harold, intubated. To a layperson, it looks like there is a gigantic hose in his mouth. Of course, he cannot speak. The physician speaks to him in a very loud voice, Harold this, Harold that. "Harold, can you hear me? Harold, this

[Traduction]

droit. Je pense que c'est une bonne décision. L'affaire *Rodriguez* est bien plus difficile, et je ne suis pas surpris que la Cour suprême ait prononcé sa décision à cinq contre quatre.

Je n'ai pas eu l'occasion ni la chance de lire l'intégralité de votre mémoire. Que pensez-vous de cette décision? Est-elle bonne? Êtes-vous d'accord avec la majorité ou avec la minorité des juges? Êtes-vous contre la façon dont cette affaire a été traitée?

M. Sniderman: Je suis d'accord avec le résultat. C'est ce que j'espérais personnellement. J'espérais aussi qu'il y ait un ou plusieurs jugements minoritaires, pour qu'on ne se contente pas de mettre la question de côté.

Comme l'a fait remarquer le docteur Scott, ce qui est véritablement en cause ici, c'est la douleur et la souffrance, ainsi que la façon dont nous affrontons notre propre mort. Il y a deux éléments que j'aimerais souligner. D'un côté, je reviens constamment à l'opinion selon laquelle il y a en fait une question existentielle, ce qui signifie pour moi que c'est la personne concernée qui souffre. C'est elle qui est prise dans un corps défaillant. Il m'apparaît que celui qui se retrouve dans cette situation peut très bien avoir un point de vue bien différent de celui qui considère simplement cette situation dans l'abstrait.

J'ai vu récemment un film à la télévision dont je vais vous parler brièvement. Certains d'entre vous l'ont peut-être vu. Il s'agissait d'une série en six parties de *Nova* intitulée «*Medicine at the Crossroads*». La première partie s'intitulait: «*Life Support*». On y considérait trois sociétés, les États-Unis, l'Inde et l'Irlande, en posant le dilemme de la dernière étape de la vie et du rôle de la médecine.

Un cas particulier venait illustrer la situation dans chacun de ces pays, je ne sais pas à quel point ils étaient représentatifs, mais ils reflètent à n'en pas douter chacune de ces cultures.

Le cas retenu pour les États-Unis était celui d'un dirigeant d'entreprise à la retraite, âgé de 82 ans, dont le prénom était Harold, vous ne l'oublierez pas si vous voyez la vidéo et je vous expliquerai pourquoi dans un moment. Harold habitait dans un village de retraite, à Sun City, en Arizona. Il n'avait signé aucune autorisation donnant des directives à l'avance. Selon sa femme, il croyait qu'il allait vivre toujours. Il pensait pouvoir jouer au golf éternellement et il refusait tout simplement de discuter des questions ayant trait à la vie et à la mort.

Harold a fait un cancer du pancréas qui, d'après ce qu'on m'a dit, est l'un des plus mortels. Il a été opéré. Il est sorti de la table d'opération. Il n'était pas suffisamment lucide pour prendre une décision pour la suite. Le médecin de l'unité de soins intensifs a déclaré à sa femme qu'à son avis, si Harold était traité par des moyens radicaux, il lui restait peut-être deux ou trois mois à vivre dans de bonnes conditions. Elle a donc donné son accord. Il a été traité par des moyens radicaux, mais son état ne s'est pas amélioré.

On voit donc ce pauvre Harold, sous intubation. Pour le profane, il donne l'impression d'avoir un gigantesque tuyau dans la bouche. Bien évidemment, il ne peut pas parler. Le médecin lui parle d'une voix très forte, Harold par ci, Harold par là.

[Texte]

is what we are going to do for you." I only hope that Harold really was not aware of his surroundings, because, if he was, I imagine he was absolutely terrified.

Finally, there came a point at which the physician had a discussion with Harold's wife, a very intelligent, articulate, concerned woman. She agreed with him that it was time to let Harold go. The respirator was disconnected and Harold died.

Not that ICU physician, but another ICU physician made a comment which I wrote down. He said, "We have plenty of resources to take care of diseases, but limited resources to take care of people."

Then there was Ireland. Although roughly 80 per cent of physicians in the United States and Canada are specialists, in Ireland, almost half are GPs. In a culture with few resources for high-tech care, the tradition in Ireland is to care for elderly patients outside the hospital with regular home visits by their GPs, community nurses and home helpers.

The case focused upon was that of a 94-year-old woman who was living with her daughter. There was no reference to any home helper. This was a rural area, and I do not know if that resource was available there. The daughter did say that she really had no life of her own. What the physician did arrange periodically was that her mother would go into hospital so that the daughter could have respite relief.

The case from India involved a 94-year-old woman who was dying. She was taken to the holy city of Benares and cared for in the House of Liberation Hostel for two weeks before dying. It was a rather primitive facility, but what she received was loving hands-on care by women volunteers.

If you compare Harold's death with that lady's death, the contrast is so marked. That old woman in India, according to the narrator, was 94, but she looked so old. She was treated lovingly and tenderly. Compare that death with Harold's death, which was absolutely horrific.

It seems to me, to repeat what Dr. Scott was saying, that what we really have to address are our concerns as mortal beings with death and dying in the twenty-first century. That is why I do not believe that legal safeguards are enough. We can construct legal safeguards such as that the patient is mentally competent; it is the free and informed choice of the patient; the patient's pain and suffering cannot otherwise be relieved; it is a medical measure of last resort. However, legal safeguards really do not address the nature of the society in which euthanasia would be performed. That is really where we have to focus our attention, whether or not euthanasia is legalized: Making this a better place in which to die.

[Translation]

«Harold, est-ce que vous m'entendez? Harold, voici ce que nous allons faire pour vous.» J'espère seulement qu'Harold n'était pas vraiment conscient de ce qui l'entourait parce que, s'il l'était, j' imagine qu'il était absolument terrifié.

Enfin, il est arrivé un moment où le médecin a discuté de la situation avec la femme d'Harold, une femme très intelligente, sachant exprimer ses sentiments, préoccupée par la situation. Elle a convenu avec le médecin qu'il était temps de laisser mourir Harold. Le respirateur a été débranché et Harold est mort.

Non pas le médecin s'occupant du cas, mais un autre médecin de l'unité de soins intensifs a fait un commentaire que j'ai consigné par écrit. Il a déclaré: «Nous avons plein de ressources pour nous occuper des maladies, mais nous n'avons que des ressources limitées pour nous occuper des gens.»

Il y avait ensuite le cas de l'Irlande. Alors qu'environ 80 p. 100 des médecins des États-Unis et du Canada sont des spécialistes, en Irlande, près de la moitié sont des médecins généralistes. Au sein d'une culture qui n'a pas beaucoup de ressources pour faire appel à la haute technologie, la tradition en Irlande est de prendre soin des malades âgés en dehors de l'hôpital, ces derniers étant régulièrement visités à domicile par leur médecin généraliste, les infirmières de la communauté et des aides ménagères.

Le cas qu'on nous a montré était celui d'une vieille femme de 94 ans qui vivait avec sa fille. On ne parlait d'aucune aide à domicile. C'était à la campagne et je ne sais pas si ce genre de ressource existait dans ce milieu. La fille a effectivement déclaré qu'elle n'avait plus véritablement de temps pour elle-même. Le médecin s'arrangeait de temps en temps pour que la mère soit admise à l'hôpital afin que sa fille puisse respirer un peu.

Le cas concernant l'Inde portait sur une femme de 94 ans qui était en train de mourir. Elle avait été amenée dans la ville sainte de Benares et soignée dans une maison du dernier repos pendant deux semaines avant de mourir. C'était une installation assez primitive, mais elle avait bénéficié des soins attentionnés de femmes bénévoles.

Si vous comparez la mort d'Harold avec celle de cette femme, le contraste est particulièrement marqué. Cette vieille femme indienne était âgée de 94 ans, selon le narrateur, mais elle paraissait tellement vieille. Elle était traitée avec amour et tendresse. D'un autre côté, la mort d'Harold était tout à fait horrible.

Il me semble, pour reprendre ce que disait le docteur Scott, qu'il nous faut véritablement faire face à notre condition d'êtres mortels aux prises avec la mort et l'agonie au vingt et unième siècle. C'est pourquoi je considère que les protections juridiques ne suffisent pas. On peut imaginer des protections juridiques exigeant par exemple que le malade soit lucide, qu'il fasse librement un choix en toute connaissance de cause, que sa douleur et ses souffrances ne puissent être soulagées par d'autres moyens ou que l'on n'en vienne à cette solution qu'à titre de pratique médicale de dernier recours. Il n'en reste pas moins que les mesures de protection juridiques ne s'attaquent pas véritablement à la nature de la société dans laquelle l'euthanasie va être effectuée. C'est sur ce point qu'il nous faut faire porter notre

[Text]

As I have indicated in my paper, I do not see why we cannot seek to return to home as the preferred place for dying, not for all of us, but for far many more of us than currently do die at home instead of dying in institutions.

The Chairman: Perhaps I could ask just a couple questions, Professor Sneiderman. I read through your paper and underlined all sorts of things, but I will not try to get into all of them. It is a fascinating paper, and I think it will be very helpful to us.

You really put the case very well. You do not have a firm "yes" or "no" answer to this question of euthanasia, but you say that, if euthanasia is legalized in some form or other, that the people who should qualify are the terminally ill. That is limiting it quite severely. Would you like to explain that a bit more?

Mr. Sneiderman: Certainly. What happened in the Netherlands was rather unusual in a civil law jurisdiction. In a common law jurisdiction, judges make law, but in theory they do not in civil law jurisdictions. What happened in the Netherlands was that the courts carved out what is in essence a defence of medical necessity to the provisions in the Dutch penal code that are comparable to our provisions on assisted suicide and section 14, that one cannot consent to have death inflicted upon him.

In 1984, the Dutch Supreme Court ruled that a physician acted in a situation of medical necessity because of the circumstances of a case which involved a 95-year-old patient who was terminally ill. Of course, as we know, there is no precise definition of terminal illness, and what the diagnosis really involves is the physician's educated guess.

About two years later there was a case involving a patient with multiple sclerosis who was not terminally ill, and what the court ruled, very logically, was, "How can we restrict euthanasia to the terminally ill? By definition, the patient who is terminally ill will soon see an end to her suffering. If you are not terminally ill, your suffering could go on for eons. How can we restrict euthanasia to the terminally ill?" That is step two.

Step three is three recent cases involving patients with no somatic disease process, which is the Dutch phrase, patients who were suffering horribly. Everything is proceeding logically. We can not restrict euthanasia to pain because how can you differentiate pain from suffering. Also, how can you tell another person what his level of pain and suffering is. So here were three cases.

The third case was, to my mind, the most interesting. This was a case involving a well educated professional woman about 50 years old who had a brute for a husband. She finally got rid of

[Traduction]

attention, qu'on légalise ou pas l'euthanasie; faire en sorte que nous puissions mourir dans de meilleures conditions.

Comme je l'ai indiqué dans mon étude, je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas choisir de retourner chez nous pour mourir; ce ne serait pas pour tout le monde, mais nous devrions être bien plus nombreux à mourir à la maison plutôt que de mourir dans des établissements hospitaliers comme nous le faisons aujourd'hui.

La présidente: J'aurais une ou deux questions à vous poser, professeur Sneiderman. J'ai lu l'intégralité de votre étude et j'ai souligné tout un tas de choses, mais je n'aborderai pas tous les points. C'est une étude extrêmement intéressante et je crois qu'elle nous sera très utile.

Vous posez très bien le problème. Vous ne répondez pas carrément par un «oui» ou par «non» à cette question de l'euthanasie, mais vous dites que si on légalise l'euthanasie sous une forme ou autre, que les gens qui pourront y recourir devront être en phase terminale. C'est assez restrictif. Pourriez-vous nous en dire davantage?

M. Sneiderman: Bien volontiers. Ce qui s'est passé aux Pays-Bas était assez inhabituel dans une juridiction de droit civil. Dans une juridiction de common law, ce sont les juges qui disent le droit alors que ce n'est pas le cas théoriquement dans les juridictions de droit civil. Ce qui s'est passé aux Pays-Bas, c'est que les tribunaux ont élaboré ce qui constitue en fait un moyen de défense alléguant un impératif médical face aux dispositions du Code pénal des Pays-Bas qui sont comparables à nos propres dispositions sur le suicide assisté et à celles de l'article 14 qui prévoit qu'on ne peut consentir à sa propre mort.

En 1984, la Cour suprême des Pays-Bas a jugé qu'un médecin avait agi en fonction d'impératifs médicaux dans une affaire mettant en cause un malade de 95 ans en phase terminale. Bien entendu, nous savons qu'il n'y a pas de définition précise de la phase terminale d'une maladie, et ce diagnostic est laissé en fait à l'appréciation autorisée du médecin.

Deux ans plus tard environ, il y a eu une affaire portant sur un malade atteint de sclérose en plaques qui n'était pas en phase terminale, et la cour a déclaré tout à fait logiquement: «Comment pourrait-on limiter l'euthanasie aux malades en phase terminale? Par définition, les souffrances d'un malade en phase terminale vont bientôt prendre fin. Si vous n'êtes pas atteint d'une maladie en phase terminale, vos souffrances peuvent durer des années. Comment peut-on penser qu'on puisse limiter l'euthanasie aux malades en phase terminale?» C'est la deuxième étape.

La troisième étape est celle de trois affaires récentes impliquant des malades qui ne souffrent d'aucune maladie somatique, c'est l'expression employée aux Pays-Bas, des malades qui souffraient horriblement. L'enchaînement est logique. On ne peut limiter l'euthanasie à la douleur parce qu'il est bien difficile de faire la différence entre la douleur et les souffrances. Par ailleurs, comment peut-on dire à autrui quel est son niveau de douleur et de souffrance. Voilà sur quoi portent ces trois affaires.

La troisième affaire est à mon avis la plus intéressante. Elle porte sur une femme de carrière instruite, d'une cinquantaine d'années, mariée à une brute. Cette femme a fini par se

[Texte]

her husband. She had two sons who were the apples of her eye. The first son was in the army. There was a broken love affair, and he committed suicide. He shot himself. She was, of course, devastated.

Life goes on, and there was son number two. Four years later, there was a diagnosis of cancer. She quit work to help take care of her son. Just before he died, she had arranged that she would be buried between her two sons because she planned to commit suicide on the day he died. She in fact did attempt suicide. She failed. There was another suicide attempt that failed. She realized she could do something really drastic, jump in front of a moving train or whatever, but that was not really the right thing to do and it would really be a horrific experience for those who witnessed the event.

She wound up in therapy with a distinguished Dutch psychiatrist specializing in what the Dutch call mourning therapy or bereavement therapy. They entered into an agreement that she would seriously undertake therapy. If there came a time when she decided that therapy was not working, the physician would assist her to commit suicide. There came such a time when she said to him, "I still feel the way I do. I desperately wish to die."

The psychiatrist had transcribed all the therapy sessions, which were then sent to seven of his colleagues. Five agreed with him that it was a hopeless case, that there was nothing that could be done. Two said, "Well, I am not saying that there is really anything that can be done to alleviate her suffering, but why not try a little longer." He did not. He provided the means, and she committed suicide.

The psychiatrist was acquitted at the trial level. The prosecutor decided to seek a clear legal ruling in a case that did not involve a physiological disease process. The acquittal was affirmed by an appellate court which said this was intolerable suffering, it could not be relieved, and the case fit within the guidelines. That decision was appealed to the Dutch Supreme Court, and my understanding is that a decision is expected in the relatively near future.

I guess some of you have seen the Dutch film *Appointment with Death*. You recall the two AIDS patients. The first AIDS patient looked like the character Death from a Bergman film. He looked like a concentration camp inmate. The second patient looked fine. I do not know, because it is not stated in the film, to what extent the disease had progressed.

He was a man very much concerned about his physical appearance. He was rather odd looking. He decided that he did not wish to wait. I can understand his reasoning. "What do I have to prove? Am I supposed to wait until my suffering is intolerable and then ask for euthanasia? What is the point? Right now I am feeling okay, and I would like to go out in style. I would like to go out before I feel my body disintegrating." He took out his diary and made an appointment with death.

[Translation]

débarrasser de son mari. Elle avait deux fils qui étaient toute sa vie. Son fils aîné était à l'armée. Il a eu une peine de coeur et il s'est suicidé. Il s'est tiré une balle dans la tête. Ce fut bien entendu pour elle un coup terrible.

La vie continue, il lui restait son deuxième fils. Quatre ans plus tard, on diagnostique chez lui un cancer. Elle quitte son travail pour s'occuper de son fils. Juste avant la mort de celui-ci, elle avait pris des dispositions pour être enterrée entre ses deux fils parce qu'elle envisageait de se suicider le jour de la mort de son deuxième fils. Elle a bien essayé de se suicider, mais elle a échoué. Elle a fait une autre tentative de suicide qui a échoué. Elle a pensé recourir à un moyen radical, à se précipiter devant un train en marche, par exemple, mais ce n'était pas vraiment la bonne chose à faire et l'expérience aurait vraiment été horrible pour les témoins de l'événement.

Elle s'est retrouvée en thérapie avec un éminent psychiatre hollandais spécialisé dans ce que l'on appelle aux Pays-Bas la thérapie du deuil ou de la douleur. Ils ont passé un accord aux termes duquel elle s'engageait à entreprendre sérieusement une thérapie. Si elle s'apercevait à un moment donné que cette thérapie ne donnait pas de résultat, son médecin l'aiderait à se suicider. À un moment donné elle lui a déclaré: «Je n'ai pas changé de sentiment. Je souhaite désespérément mourir.»

Le psychiatre avait transcrit tous les propos tenus lors des séances de thérapie et a transmis cette transcription à sept de ses collègues. Cinq d'entre eux ont convenu que le cas était désespéré et qu'il n'y avait rien que l'on puisse faire. Deux ont déclaré: «Je n'irais pas jusqu'à dire que l'on peut effectivement faire quelque chose pour alléger ses souffrances, mais pourquoi ne pas essayer encore un peu.» Il n'a pas suivi cet avis. Il lui a donné les moyens de se suicider, ce qu'elle a fait.

Le psychiatre a été acquitté en première instance. Le ministère public a cherché à obtenir une opinion juridique claire dans un cas qui ne se rattachait à l'évolution d'une maladie physiologique. L'acquittement a été confirmé par la cour d'appel, qui a déclaré qu'il y avait là une souffrance intolérable que l'on ne pouvait pas soulager et que l'affaire répondait aux critères établis par les directives. Il a été fait appel de cette décision devant la Cour suprême des Pays-Bas, qui devrait se prononcer très bientôt.

J'imagine que vous êtes quelques-uns à avoir vu le film néerlandais *Rendez-vous avec la mort*. Vous vous souvenez des deux sidatiques. Le premier s'apparente à un personnage de mort d'un film de Bergman. Il ressemble à un prisonnier d'un camp de concentration. Le deuxième a une mine normale. Je ne sais pas, ce n'est pas dit dans le film, à quel point sa maladie est avancée.

C'est un homme qui s'est toujours beaucoup préoccupé de son apparence physique. Il a une drôle de tête. Il a choisi de ne pas attendre. Je peux comprendre son raisonnement. «Qu'est-ce que j'ai à prouver? Vais-je attendre jusqu'à ce que mes souffrances soient intolérables pour demander l'euthanasie? À quoi ça rime? Maintenant, je me sens bien, et je veux m'en aller en beauté. Je ne veux pas attendre pour partir d'avoir l'impression que mon corps est en train de se désintégrer.» Il a ouvert son carnet et a pris un rendez-vous avec la mort.

[Text]

So how does one define "suffering"? How does one define "pain"? Well, the patient defines pain and suffering.

One concern I have, if euthanasia is legalized, is that, unless we have a clear boundary, it opens things up. Then there are no boundaries. At least if the boundary is terminal illness, we can say we are putting a protective cover on so that only those who are terminally ill can qualify for euthanasia.

Another reason I have for believing that the law should be restricted to the terminally ill is the concern of disability rights advocates, a concern which I certainly share. If we say you qualify for euthanasia, if you are afflicted with a degenerative disease process, the concern in the disabled community is that all kinds of public pressures, subtle and not so subtle, might be applied against those who are a drain on the public purse, suggesting to them, "Well, why do you not do your duty and exercise your right to euthanasia?"

Have I answered your question?

The Chairman: I am not quite sure.

Mr. Sniderman: Okay, hit me again.

The Chairman: Well, I have a little problem; perhaps several of them.

You said you cannot really define "terminal illness". Nobody can put brackets around it. So where do we stop? We do not know what terminal illness implies, do we?

Mr. Sniderman: I recall the *Rodriguez* case at the end of 1991. Sue Rodriguez was labelled as terminally ill throughout 1992 and most of 1993. This case was in the media for two years. This person, who was initially labelled terminally ill, did not die until two years later. If she had not died the way she did, she might still be living.

If we legalize euthanasia, then we must specify the category of patient and do the best we can in this all too imperfect world to say that there must be a diagnosis that, according to the physician's expert opinion, death is expected in, let us say, six months.

The Chairman: Are you saying there is some valid argument on the slippery-slope proposition? That is what you are implying, is it not, that you do not know where to stop?

Mr. Sniderman: In this context, I would have to say yes.

It may be that if we legalize euthanasia and euthanasia is restricted to the terminally ill and practised in a society with a humane health care system in which we could say that euthanasia will only be resorted to as the medical measure of last resort, then we might wish to change the eligibility category down the line. However, if we legalize euthanasia, we should begin with that

[Traduction]

Comment donc définit-on la «souffrance»? Comment définit-on la «douleur»? En fait, c'est le malade qui définit la douleur et la souffrance.

L'une de mes préoccupations, si on légalise l'euthanasie, c'est que si on n'établit pas de garde-fou, ça laisse la voie libre à beaucoup de choses. Il n'y a plus alors de limite. Au moins, si on fixe comme limite la maladie en phase terminale, on peut dire que l'on dispose d'une certaine protection puisque seuls les malades en phase terminale peuvent prétendre à recourir à l'euthanasie.

Une autre raison qui fait que je préconise que la loi se limite aux malades en phase terminale, ce sont les préoccupations des défenseurs des droits des handicapés, que je ne manque pas de partager. Si l'on peut prétendre à recourir à l'euthanasie à partir du moment où l'on est affligé d'une maladie dégénérative, les milieux des handicapés craignent qu'il y ait toutes sortes de pressions publiques, plus ou moins subtiles, qui soient exercées contre ceux qui constituent un fardeau pour le Trésor public et qu'on leur laisse entendre: «Pourquoi ne faites-vous pas votre devoir et n'exercez-vous pas votre droit à l'euthanasie?»

Ai-je bien répondu à votre question?

La présidente: Je n'en suis pas très sûre.

M. Sniderman: Dans ce cas, redonnez-la moi.

La présidente: En fait, j'ai un petit problème; peut-être plusieurs.

Vous nous avez dit que vous ne pouviez pas vraiment définir l'expression «malade en phase terminale». Personne ne peut délimiter le sens de cette expression. Par conséquent, où allons-nous nous arrêter? Nous ne savons pas vraiment ce qu'implique une maladie en phase terminale, c'est bien ça?

M. Sniderman: Je me rappelle l'affaire *Rodriguez* à la fin de l'année 1991. Sue Rodriguez a été qualifiée de malade en phase terminale tout au long de l'année 1992 et pendant la plus grande partie de l'année 1993. Cette affaire a été évoquée dans les médias pendant deux ans. Cette personne, que l'on disait au départ en phase terminale, n'est morte que deux ans plus tard. Si elle n'était pas morte de la manière que l'on connaît, elle vivrait peut-être toujours.

Si nous légalisons l'euthanasie, il nous faudra alors préciser à quelle catégorie doivent appartenir les malades et faire de notre mieux, dans ce monde bien imparfait, pour exiger qu'aux termes d'un diagnostic émanant d'un médecin qualifié, on puisse s'attendre à la mort du malade, disons, dans les six mois.

La présidente: Laissez-vous entendre par là que l'argument de la pente dangereuse a une certaine validité? C'est ce que vous laissez entendre, n'est-ce pas, que vous ne savez pas où l'on doit s'arrêter?

M. Sniderman: Dans ce contexte, je dois avouer que oui.

Il est possible que si nous légalisons l'euthanasie et que si celle-ci est limitée aux malades en phase terminale et pratiquée dans une société pouvant compter sur un système de santé humanitaire dans lequel il puisse être établi que l'on ne considérera l'euthanasie qu'à titre de pratique médicale de dernier recours, il se peut que nous souhaitions alors changer à un

[Texte]

narrow category of the terminally ill. We should not rush headlong into the unknown, but we should move very, very cautiously.

I would perhaps, as a military history buff, draw an analogy to General Patten, on the one hand, and to General Montgomery on the other hand. General Patten would just move forward, hell bent for leather, and General Montgomery would always plan very carefully and move cautiously. It is the latter mindset that should govern our policy, if we legalize euthanasia.

Senator Keon: I gathered from your brief and testimony that you are taking the position that euthanasia should be legalized; it should be limited to the terminally ill; and after we have legalized it, we should address ourselves to the business of defining its application. It seems to me that we should use the reverse sequence of events.

Mr. Sniderman: I do not believe that is what I said. What I said was that, if we do legalize euthanasia, it should be restricted to the terminally ill; but I do not think we should, not in this century. Perhaps in the next century, even early on in the century, I might be satisfied that we have the kind of health care system in which euthanasia could be practised as the medical measure of last resort. I certainly do not feel that way in the Canada of the 1990s.

Senator Keon: Thank you. I was confused and you have clarified things for me.

The Chairman: I totally agree with your conclusions that the health care system must be improved tremendously. We must bring all these different resources together so that the percentage of people who would ever be considered or want euthanasia could be kept to an absolute minimum. That is what we must do. Even in the short time we have been studying this problem, we have become very much aware of the fact that these different health services must be mobilized at every level. There is so much autonomy within different health care groups and no uniformity of purpose or standards.

Senator Lavoie-Roux: I do not agree.

The Chairman: Well, I am saying in certain areas that seems to be the case. I am referring to "standards" in the sense that one hospital may permit certain things and another hospital may not. Of course, there is a great deal of difference within the medical and the health care professions about this issue. What would spark these different groups to move in unison to improve palliative care, which I think we all agree is the way to go if we possibly can? If we do not give them a little shove, will they do something on their own?

[Translation]

moment donné les catégories d'admissibilité. Toutefois, si nous légalisons l'euthanasie, nous devons commencer par la limiter strictement aux malades en phase terminale. Il ne nous faut pas nous lancer tête baissée dans l'inconnu, mais au contraire agir avec une très grande prudence.

Je suis passionné de la chose militaire et je ferais une analogie avec le général Patton, d'une part, et le général Montgomery, d'autre part. Le général Patton allait droit devant lui, à bride abattue, alors que le général Montgomery planifiait tout avec grand soin et avançait avec précaution. C'est cette dernière attitude qu'il nous faut adopter dans nos politiques si nous légalisons l'euthanasie.

Le sénateur Keon: Je déduis de votre mémoire et de votre témoignage que vous partez du principe qu'il faut légaliser l'euthanasie; qu'elle doit se limiter aux malades en phase terminale; enfin, qu'après l'avoir légalisée, il nous faudra chercher à en définir l'application. Il me semble que nous devrions faire l'inverse.

M. Sniderman: Je ne pense pas avoir dit ça. J'ai dit que si nous légalisons l'euthanasie, il faudrait qu'elle se limite aux malades en phase terminale; toutefois je ne crois pas qu'il faille le faire, pas au cours de ce siècle. Peut-être au siècle prochain, éventuellement même au début du siècle, il est possible que j'en arrive à la conclusion que nous avons un système de santé nous permettant de pratiquer l'euthanasie en tant qu'acte médical de dernier recours. Ce n'est certainement pas mon impression au sujet du Canada des années 1990.

Le sénateur Keon: Je vous remercie. Mes idées étaient confuses et je vois maintenant plus clair.

La présidente: Je suis entièrement d'accord avec vos conclusions lorsque vous nous dites que notre système de soins de santé a besoin d'être amélioré considérablement. Nous devons rassembler toutes ces ressources éparpillées pour faire en sorte que le pourcentage de gens susceptibles d'être jugés admissibles ou qui ont le désir de recourir à l'euthanasie reste absolument minime. C'est ce qu'il nous faut faire. Même dans le court laps de temps dont nous avons disposé pour étudier ce problème, nous avons pris nettement conscience du fait que tous ces différents services de santé devaient être mobilisés à tous les niveaux. Il y a tellement d'autonomie au sein des différents groupements de santé sans qu'il y ait de normes et d'objectifs communs.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je ne suis pas d'accord.

La présidente: Disons qu'à mon avis il semble que ce soit le cas dans certains secteurs. Par «normes», je veux dire qu'un hôpital va permettre certaines choses et un autre éventuellement les interdire. Bien entendu, il y a de nombreuses divergences chez les médecins et au sein des différentes professions de la santé sur cette question. Quelle est la bougie d'allumage qui pourrait inciter ces différents groupes à chercher à l'unisson à améliorer les soins palliatifs, alors que nous sommes tous d'accord, à mon avis, pour dire que c'est la voie à suivre? Si nous ne les poussons pas un peu dans le dos, vont-ils prendre l'initiative?

[Text]

Mr. Sneiderman: I do not know how to answer that question. I agree with the sentiment you have expressed as to how we go about creating a health care system for the twenty-first century, particularly given the fact of an increasingly aging population, which will bring its own pressures to bear.

Euthanasia is an issue that one considers in context. When I read recently that services for home care were being cut in Manitoba, that addresses the issue of euthanasia. I would rather die at home. If you are saying to me there will be fewer resources available so that you can stay at home, then I might say, "I do not want to remain in this institution. It may be a relatively nice institution, but it still is an institution. If I am going to be trapped here until I die, I want to die today rather than next week. Please, can I have my lethal injection?"

Senator Lavoie-Roux: Is there not a move towards more home care services of all kinds, even talk about extramural services? I think we are going in that direction. More and more people are dying at home than there were 15 or 20 years ago.

Senator DeWare: Our palliative care givers tell us it requires training, more research and money so that we can have more palliative care givers all over Canada.

The Chairman: Thank you for appearing before us today, Professor Sneiderman. We appreciate your presentation.

The committee adjourned.

[Traduction]

M. Sneiderman: Je ne sais pas comment répondre à cette question. Je suis d'accord avec les sentiments que vous avez exprimés au sujet de la nécessité de nous doter d'un système de santé prévu pour le vingt et unième siècle, surtout compte tenu du fait que notre population vieillit, ce qui va entraîner des pressions.

L'euthanasie est une question qu'il faut replacer dans son contexte. J'ai lu récemment que les services de soins à domicile avaient été réduits au Manitoba, ce qui nous renvoie à la question de l'euthanasie. Je préférerais mourir chez moi. À partir du moment où on me dit qu'il y aura moins de ressources pour me permettre de rester chez moi, je vais peut-être me mettre à penser: «je ne veux pas rester dans cet établissement. Il est relativement bien, mais ça reste un établissement. Plutôt que d'y rester enfermé jusqu'à ma mort, je préfère mourir dès aujourd'hui et non pas la semaine prochaine. Pouvez-vous m'administrer une injection mortelle?»

Le sénateur Lavoie-Roux: Ne s'engage-t-on pas dans la voie de la multiplication des services de soins à domicile de toutes sortes, ne va-t-on pas jusqu'à parler de services externes? Je crois que nous allons dans cette direction. Beaucoup plus de gens meurent chez eux qu'il y a 15 ou 20 ans.

Le sénateur DeWare: Nos spécialistes des soins palliatifs nous disent qu'il faut faire de la formation et que l'on a besoin de plus de recherches et de plus d'argent pour augmenter le nombre des dispensateurs de soins palliatifs au Canada.

La présidente: Merci d'avoir comparu devant nous aujourd'hui, professeur Sneiderman. Nous avons bien apprécié votre exposé.

La séance du comité est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the McGill University, Faculty of Law:

Margaret Sommerville.

From the Canadian Cancer Society:

Dr. Margaret Scott.

From the University of Manitoba, Faculty of Law:

Barney Sneiderman.

From the Royal Victoria Hospital:

Dr. Marcel Boisvert.

De l'Université McGill, faculté de Droit:

Margaret Sommerville.

De la Société canadienne du cancer:

D^r Margaret Scott.

De l'Université de Manitoba, faculté de Droit:

Barney Sneiderman.

De l'hôpital Royal Victoria:

D^r Marcel Boisvert.

CA 1
YC 2
- 1994
E7 1



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, May 25, 1994

Le mercredi 25 mai 1994

Issue No. 7

Fascicule n° 7

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin

DeWare

* Fairbairn (or Molgat)

Gigantès

Keon

Lavoie-Roux

* Lynch-Staunton
(or Berntson)

Neiman

Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin

DeWare

* Fairbairn (ou Molgat)

Gigantès

Keon

Lavoie-Roux

* Lynch-Staunton
(ou Berntson)

Neiman

Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 25, 1994
(11)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:25 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Neiman and Perrault.(6).

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

WITNESSES:

From the Ottawa and District Physicians who respect Human Life:

Dr. André Lafrance.

From Dying with Dignity:

Marilynne Seguin;

Martin Campbell.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

Dr. Lafrance made a statement and answered questions.

At 4:20 p.m. the Committee adjourned until approximately 7:30 p.m.

At 7:40 p.m. the meeting resumed.

Marilynne Seguin and Martin Campbell each made a statement and answered questions.

At 9:40 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 25 mai 1994
(11)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 15 h 25, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Gigantès, Keon, Neiman et Perrault. (6)

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mollie Dunsmuir.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

TÉMOINS:

De l'Association des médecins pour le respect de la vie humaine – Région d'Ottawa:

D^r André Lafrance.

De Mourir dans la dignité:

Marilynne Seguin;

Martin Campbell.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences, dans le cadre de son étude de l'euthanasie et du suicide assisté.

D^r Lafrance fait un exposé, puis répond aux questions.

À 16 h 20, le comité suspend la séance jusqu'à environ 19 h 30.

À 19 h 40, la séance reprend.

Marilynne Seguin et Martin Campbell font chacun un exposé, puis répondent aux questions.

À 21 h 40, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Gary Levy

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 25, 1994

[Text]

The Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (Chairperson) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, we might as well proceed with our hearing now although we are missing a couple of our members. I hope they will arrive soon. We are under some time constraints. We will have to end this part of our session by 4:20 p.m. at the latest in order to go into the chamber for a vote.

Dr. Lafrance is here representing Ottawa and District Physicians who Respect Human Life. He was kind enough to furnish his brief in advance. We have all had the opportunity to read it. I understand that Dr. Lafrance has some further comments he would like to make.

Dr André Lafrance, Association des médecins pour le respect de la vie humaine: Merci, madame la présidente.

Je tiens tout d'abord à vous exprimer mes sincères remerciements pour m'avoir autorisé à vous soumettre, au nom de l'association que j'ai l'honneur de représenter, nos vues sur une question que tous s'accordent à reconnaître comme étant d'importance capitale pour l'avenir de la société canadienne et même, diront certains, pour l'avenir de notre civilisation.

J'aimerais, pour commencer, assurer le sénateur Beaudoin qui, lors de séances antérieures de ce comité, a fait état de l'utilité qu'il y aurait à pouvoir disposer d'un lexique des termes communément utilisés dans les discussions sur l'euthanasie, qu'il existe bel et bien un document qui, sans porter le nom de lexique, fournit des précisions sur des concepts tels que euthanasie active et passive, phase terminale et phase de mort imminente d'une maladie, traitement médical par opposition à soins de base.

Le document explique de plus, par exemple, comment un arrêt de traitement et l'administration de médicaments destinés à soulager la douleur peuvent, dans certains cas, être des actes euthanasiques et dans d'autres cas, ne pas l'être.

Ces renseignements se retrouvent en effet dans le mémoire soumis par la *Canadian Physicians for Life* au comité législatif qui avait étudié le projet de loi C-203 de l'ex-député Robert Wenman.

Sénateur Beaudoin, j'ai estimé que ce mémoire saurait certainement vous intéresser et probablement aussi les autres membres du comité. C'est pourquoi je me suis permis d'en apporter une copie pour chacun des membres du comité. J'ai même une copie en français, sénateur Lavoie-Roux.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est très gentil, merci.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 25 mai 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15 conformément à son ordre de renvoi pour examiner les questions juridiques, sociales et éthiques concernant l'euthanasie et le suicide assisté et pour faire rapport sur lesdites questions.

Le sénateur Joan Neiman (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, bien que tout le monde ne soit pas encore arrivé, je propose que nous commençons cette audience. J'espère que les autres membres arriveront bientôt. Nous sommes assez pressés. Nous devons terminer cette partie de notre séance d'ici 16 h 20 au plus tard afin de pouvoir aller voter.

Le D^r Lafrance représente Médecins pour la vie — Région d'Ottawa. Il a eu la bonté de nous faire parvenir son mémoire à l'avance. Nous avons ainsi tous pu le lire. Je crois savoir que le D^r Lafrance voudrait ajouter quelques commentaires. J'imagine que vous avez reçu notre mémoire et que vous avez eu le temps de le lire. Il est relativement court et simple.

Dr. André Lafrance, Ottawa and District Physicians who respect Human Life: Thank you, Madam Chairman.

I would like to begin by expressing my sincere thanks for giving me this opportunity to present the views of the association I am honoured to represent, on an issue that everyone agrees is of vital importance to the future of Canadian society, and some might say, the future of our civilization.

I would like to begin by informing Senator Beaudoin, who pointed out at previous committee meetings that it would be useful to have a lexicon of commonly used terms for the committee's study of euthanasia, that there is now something available which, without being an actual lexicon, provides some clarification of concepts such as active and passive euthanasia, the terminal and imminent death phases of an illness, and medical treatment, as opposed to basic care.

For instance, it explains how cessation of treatment and administering medication intended to alleviate pain can, in some cases, be acts of euthanasia, whereas in other cases, they may not be.

Indeed, this information can be found in the brief submitted by Canadian Physicians for Life to the Legislative Committee that studied Bill C-203, a bill introduced by former Member of Parliament Robert Wenman.

Senator Beaudoin, I assumed this brief might be of interest not only to you, but to other members of the committee as well. That is why I took the liberty of bringing enough copies for everyone. I even have a copy in French, Senator Lavoie-Roux.

Senator Lavoie-Roux: That is very kind of you. Thank you.

[Texte]

Le sénateur Beaudoin: Est-ce que vous l'avez fait circuler, madame la présidente?

M. Lafrance: Le mémoire est ici. Mais j'espère, sénateur Beaudoin, que vous allez écouter ma présentation.

Le sénateur Beaudoin: Oui. Je n'oserais pas ne pas vous écouter!

M. Lafrance: I presume that you have received our brief and have had the time to read it. It is relatively short and straightforward.

As mentioned on page 2, it is made up of two sections. The first, entitled "Important Milestones in the History of Medicine" is a summary review of medical ethics through the ages, from the time of Hippocrates to the present. The second, entitled "The German Euthanasia Program", is a collection of excerpts from Dr. Fredric Wertham's book, *A Sign for Cain*.

This second section deals at length with the role played by doctors in the only episode in recorded history of widely-practised euthanasia. It is the tragic but largely unknown story of what happened when doctors chose to be killers instead of healers.

The Ottawa and District Physicians who Respect Human Life sincerely believe Dr. Wertham's account provides a perspective which any discussion on euthanasia cannot and must not ignore.

I am so convinced of this that I would like to suggest that you might wish to read this little book which is the source of the quotes that make up the second part of our brief, the part dealing with the German euthanasia program. The significance of the German euthanasia program is that it was, first, a project planned and supervised — please note — not by Nazi officials, but by members of the German medical profession. It was a project which resulted in the killing of 275,000 of these physicians' patients, most of whom were mentally or physically handicapped. Third, most of the project was over when the better known killings in the concentration camps started at the end of 1941.

Believe me, this book is fascinating reading for anyone with an interest in the issue of euthanasia. I will consequently take the liberty, at the end of my presentation, of offering a copy to each member of the committee.

Regarding our brief, I will be delighted, during the question and answer period, to try to answer any questions which you might want to ask about it. Instead of trying to summarize a brief which is already short, I will devote the rest of my presentation to a few texts which, in my view, reinforce the idea which is central to our brief and which is reflected in its title: "Doctors are for healing...not for killing!"

The first one is an article written by Dr. Peter A. Singer in 1988 in the *Canadian Medical Association Journal*. Dr. Singer is the author of one of the quotes on page 1 of our brief; in fact, the quote to which his name is attached is from this article which was entitled "Should doctors kill patients?" and parts of which I will now read to you.

[Translation]

Senator Beaudoin: Has it been circulated, Madam Chairman?

M. Lafrance: I have the brief here. I do hope you are going to listen to my presentation, though, Senator Beaudoin.

Senator Beaudoin: Yes. I don't dare not listen to it!

M. Lafrance: Je crois que vous avez reçu notre mémoire et que vous avez eu le temps de le lire. Il est relativement bref et précis.

Comme nous le précisons à la page 2, il comporte deux parties. La première, intitulée «Jalons importants de l'histoire de la médecine» résume l'éthique médicale à travers les âges, d'Hippocrate à nos jours. La deuxième, intitulée «Le programme d'euthanasie en Allemagne», est une compilation d'extraits du livre du Dr Fredric Wertham, *A Sign for Cain*.

Dans cette deuxième partie, on traite longuement du rôle qu'ont joué les médecins dans le seul épisode connu de l'histoire où l'euthanasie ait été couramment pratiquée. On y relate l'histoire tragique, mais peu connue, de ce qui s'est passé lorsque des médecins ont choisi de devenir des tueurs plutôt que des guérisseurs.

Les Médecins pour la vie — Région d'Ottawa sont sincèrement convaincu que la relation faite par le Dr Wertham nous ouvre une perspective sur laquelle nous ne pouvons nous permettre de fermer les yeux dans tout examen de l'euthanasie.

J'en suis tellement convaincu que je vous suggérerais de lire ce petit ouvrage d'où sont tirés les extraits qui forment la deuxième partie de notre mémoire, c'est-à-dire celle qui porte sur le programme d'euthanasie en Allemagne. Ce qui fait l'importance de ce programme, c'est qu'il a été au départ planifié et supervisé — veuillez bien le noter — non pas par des responsables nazis, mais par des membres du corps médical allemand. Il a entraîné la mort de 275 000 patients, pour la plupart handicapés mentaux ou physiques. Le projet tirait essentiellement à sa fin lorsqu'ont commencé les tueries mieux connues, celles des camps de concentration, à la fin de 1941.

Croyez-moi, c'est un ouvrage fascinant pour tous ceux qui s'intéressent à la question de l'euthanasie. Je prendrai donc la liberté, à la fin de mon exposé, d'en offrir un exemplaire à chacun des membres du comité.

En ce qui concerne notre mémoire, je m'efforcerai de répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir à son sujet. Au lieu d'essayer de résumer un mémoire qui est déjà très bref, je consacrerai le temps qui me reste à la lecture de quelques textes qui, à mon sens, expriment l'essence de notre mémoire et que reflète le titre: «Le rôle des médecins est de guérir ... pas de tuer!»

La première citation est tirée d'un article publié en 1988 par le Dr Peter A. Singer dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*. Le Dr Singer est également l'auteur d'une des citations que vous trouverez à la page 1 de notre mémoire; de fait, cette citation-là est également tirée de cet article, intitulé «*Should doctors kill patients?*», et dont je vais maintenant vous lire quelques extraits.

[Text]

Dr. Singer first mentions that:

Patient killing by doctors, a practice that, until recently, would have been dismissed as a sick joke or a shameful relic of recent history, has come to be viewed as a defensible public policy option.

In light of these disturbing developments elsewhere —

An obvious reference to the situation in the Netherlands,

— doctors in Canada must take a firm stand.

Physician-mediated killing is bad for patients, doctors and society, and the only justifiable stand toward active euthanasia can be summarized in one word; abhorrence.

I would like, at this point, to digress and comment on the expression "physician-mediated killing". Having read the first two issues of the committee proceedings, I know one of the witnesses who has so far been heard, Dr. Brian Mishara of Montreal, expressed concern about the use of the expression, "physician-assisted suicide". He pointed out, correctly, that "suicide is when people kill themselves with their own hand" and that "when someone else ends the life of another person by whatever means, that is in another category." Dr. Mishara then brought up the notion of "culpable homicide" and, at another point in his presentation, that of "compassionate murder", without indicating in any way whether or not he personally endorsed these expressions.

"Physician-mediated killing" is an expression which Dr. Mishara would probably approve, as it is the expression that most accurately describes what is involved in what we incorrectly call "physician-assisted suicide".

I now return to Dr. Singer's text:

Physician-mediated killing is bad for patients who stand to gain little and lose much. Patients gain the option to be directly and immediately put to death. This option represents a very small increment in patient freedom, however, because patients already have the right to forego life-sustaining treatments. On the other hand, patients stand to lose much from the legalization of physician-mediated killing.

First is the risk of diagnostic error. Medicine is an imperfect science, and physicians often cannot accurately predict when an individual patient will die.

Second is the risk of medical lassitude. Physicians experience frustration when their patients fail to "do well". The killing option may be just too convenient...

Third is the risk of procedural abuse. Of course, proposals to legalize active euthanasia will initially refer to competent terminally ill and consenting patients ... However, very soon... patients who are incompetent, not terminally ill and non-consenting will fall prey to the killing "treatment". At risk will be the elderly, the uneducated, the poor, the

[Traduction]

Le D^r Singer commence par dire:

La mise à mort du patient par un médecin, pratique qui jusqu'à récemment aurait été vue comme une triste plaisanterie ou une relique honteuse d'un passé récent, est désormais considérée comme une option politique défendable.

À la lumière de cette évolution troublante ailleurs ...

Référence directe à la situation aux Pays-Bas,

... les médecins canadiens se doivent de prendre fermement position.

L'induction de la mort par un médecin est une mauvaise chose tant pour les patients que pour les médecins et la société, et la seule attitude qui se justifie face à l'euthanasie se résume en un mot: l'aversion.

J'aimerais maintenant faire une parenthèse à propos de l'expression «mise à mort par un médecin». Comme j'ai lu les deux premiers comptes rendus du comité, je sais qu'un des témoins que vous avez entendu, le D^r Brian Mishara, de Montréal, a exprimé certaines réserves à l'égard de l'expression «suicide médicalement assisté». Il a fait remarquer, avec raison, «qu'il y a suicide lorsqu'une personne se tue de sa propre main» et que «quand quelqu'un tue une autre personne, par quelque moyen que ce soit, c'est autre chose.» Le D^r Mishara a ensuite mentionné la notion «d'homicide coupable» et, plus loin dans son exposé, de «meurtre par compassion», sans nous dire si personnellement il approuvait ou non ces expressions.

Le D^r Mishara approuverait probablement l'expression «mise à mort par un médecin», puisque c'est celle qui décrit avec le plus de précision l'acte que nous appelons à tort «suicide médicalement assisté».

Je reviens maintenant au texte du D^r Singer:

La pratique de l'induction de la mort par un médecin est mauvaise pour les patients, qui ont peu à y gagner et beaucoup à y perdre. Les patients y gagnent la possibilité de pouvoir être tués directement et immédiatement. C'est une amélioration bien modeste de la liberté du patient, puisque nous associons déjà le droit de refuser tout traitement... Par ailleurs, ils ont beaucoup à perdre de la légalisation d'une induction de la mort par un médecin.

Il y a d'abord le risque d'erreur de diagnostic. La médecine est une science imparfaite, et souvent les médecins ne peuvent pas prédire avec exactitude le moment de la mort d'un patient.

Deuxièmement, il y a le risque de la lassitude du corps médical. Les médecins deviennent frustrés lorsque leurs patients ne «vont pas bien». La possibilité de les tuer pourrait devenir trop tentante...

Troisièmement, il y a le risque d'abus procédurier. Bien entendu, les propositions en vue de légaliser l'euthanasie active feront d'abord mention de patients consentants, en phase terminale et jouissant de toutes leurs facultés... Toutefois, très vite... des patients qui n'ont pas toutes leurs facultés, qui ne sont pas en phase terminale ou qui ne sont

[Texte]

retarded. The lives of thousands of vulnerable people will be in danger, if active euthanasia is legalized.

Physician-mediated killing of patients is bad for doctors because it erodes the moral mission of medicine... If doctors cannot cure, they must continue to care for patients by providing adequate analgesia, offering compassion and staying with the patient.

To inject a patient with a lethal dose, however, is completely incompatible with medicine as a moral enterprise.

The Hippocratic Oath speaks unequivocally about active euthanasia: "I will neither give a deadly drug to anybody if asked for it, nor will I make a suggestion to this effect".

The prohibition against killing serves as a moral beacon, protecting both doctors and patients from the treacherous waters of ethical relativism. The prohibition against killing is a fundamental tenet of the medical profession; a doctor who injects a patient with a lethal dose is simply not behaving like a doctor.

Finally, the killing of patients is bad for society.

Here Dr. Singer quotes Dr. Leo Alexander. This quote appears at page 5 of our brief. However, Dr. Singer adds something which is not in our brief, namely, that shortly before his death in 1985, Dr. Alexander remarked:

It is much more like Germany in the '20s and '30s. The barriers against killing are coming down.

Dr. Singer continues:

Indeed, it is sad to have to argue against physician-mediated killing at all. But killing by any other name is still killing. The only tenable viewpoint toward active euthanasia is abhorrence.

Doctors and professional medical associations must take a firm stand; they must reaffirm that doctors simply will not kill patients, and they must censure any doctor who does.

Dr. Singer's text is, in my view, a good summary of what a doctor must not do, and why.

I would now like to set out what the role of the physician should be when he or she is confronted with a suffering and/or dying patient. A frequently heard argument in favour of euthanasia is that a physician must respect the wish of a patient who asks to be made to die. "Not so," writes Dr. Kenneth Crowe, in the September 15, 1991 issue of the *Canadian Medical Association Journal*. In Dr. Crowe's view:

...a physician can show far greater respect by meeting that patient's needs.

[Translation]

pas consentants deviendront la proie de ces «traitements» meurtriers. Le risque sera particulièrement grand pour les personnes âgées, celles qui n'ont pas beaucoup d'éducation, les pauvres, et les handicapés mentaux. Les vies de milliers de personnes vulnérables seront mises en danger si l'euthanasie active est légalisée.

L'Induction de la mort par un médecin est mauvaise pour les médecins parce qu'elle affaiblit la mission morale de la médecine... Si les médecins ne peuvent pas guérir, ils doivent continuer de s'occuper des patients en leur offrant des analgésiques adéquats, en se montrant compatissants et en restant à leur côté.

Injecter à un patient une dose mortelle est totalement incompatible avec l'aspect moral de la médecine.

Le serment d'Hippocrate ne laisse aucun doute quant à l'euthanasie active: «Je n'administrerai jamais une drogue mortelle à quiconque si on me la demande, et je ne ferai aucune suggestion en ce sens».

L'interdiction de tuer est un phare moral qui a pour rôle de protéger tant les médecins que les patients dans les eaux dangereuses du relativisme déontologique. L'interdiction de tuer est un principe fondamental de la profession médicale; un médecin qui injecte une dose mortelle à un patient ne se comporte pas en médecin.

Enfin, tuer des patients est mauvais pour la société.

Ici, le Dr^r Singer cite le Dr^r Leo Alexander. Vous trouverez cette citation à la page 5 de notre mémoire. Toutefois, le Dr^r Singer ajoute un commentaire qui ne figure pas dans notre mémoire, puisqu'il rappelle qu'un peu avant sa mort en 1985, le Dr^r Alexander faisait remarquer:

Cela ressemble de plus en plus à l'Allemagne des années 20 et 30. Les interdits contre le meurtre disparaissent.

Le Dr^r Singer continue:

Le fait même d'être obligé de s'opposer à l'induction de la mort par un médecin est bien triste. Le meurtre, quel que soit le nom qu'on lui donne, reste un meurtre. La seule attitude possible à l'égard de l'euthanasie active est l'aversion.

Les médecins et les associations médicales doivent prendre fermement position; ils doivent réaffirmer que les médecins ne tueront pas leurs patients, et ils doivent condamner tout médecin qui le fait.

À mon sens, le texte du Dr^r Singer résume très bien ce qu'un médecin ne doit pas faire, et pourquoi.

J'aimerais maintenant décrire ce que devrait être le rôle d'un médecin qui se trouve confronté à un patient souffrant ou mourant. Un argument qu'on entend souvent mentionné en faveur de l'euthanasie voudrait que le médecin soit tenu de respecter le désir d'un patient qui demande à mourir. «C'est faux,» écrit le Dr^r Kenneth Crowe dans le numéro du 15 septembre 1991 du *Journal de l'Association médicale canadienne*. Il ajoute:

... un médecin peut faire preuve d'un bien plus grand respect en répondant aux besoins de son patient.

[Text]

Patients want to know that they still have value to others, even if they do have a tube in their bladder. They need to know that the burden of care their illness may place on their family, friends and physician is manageable.

Some have misconceptions about the dying process, fearing that it will be painful and that unnecessary procedures will be carried out. They need to be educated and reassured that this is not so, that their physician is available, is listening to their concerns and is assessing their symptoms with the latest in palliative care.

As these needs are met, I believe the perceived necessity for euthanasia will disappear.

Earlier, in April of the same year, and in the same medical journal, Dr. Crowe also wrote:

In the last 12 years, I have had the privilege of caring for many terminally ill patients, all of whom, I believe, died with dignity.

The courage with which they accepted their suffering was an inspiration to me and to many of their family members. During this final illness, I have often seen families drawn together and old wounds healed as they provided support for their loved one and each other.

It is not easy to watch people suffer during their final days — or at any other time during their lives. To bring a person to a premature end, however, robs the person of a truly dignified death.

We must be careful not to use euphemisms such as “death with dignity” when we really mean premature death to avoid suffering.

Like Dr. Crowe's texts, the third and last text which I would like to submit to your attention deals with the type of relationship which should exist between a dying patient and his or her physician. This text, entitled “The Wounded Healer”, is by Drs. Egilde Seravalli and Joseph Fashing, of New York, and it appeared in the August 1991 issue of *Humane Medicine*. Here are relevant passages of this article:

The main fear for the terminally ill patient near death is not impending doom, but the threat of abandonment and the prospect of intolerable pain.

Doctors need to reassure dying patients that the moment of death is not painful and that they are ready to cope with unexpected problems. They —

That is, the dying patients:

— need their doctors to dispel uncertainty and fears, not so much of death, but of the hardship of dying with its catastrophic physical breakdown and its unknown feeling... In these moments, the physician who stands fast and offers empathy, can transform lingering fear into strength in the preparation for death.

[Traduction]

Les patients veulent savoir qu'ils n'ont pas perdu toute valeur aux yeux des autres, même s'ils ont un tube dans la vessie. Ils ont besoin de savoir que le fardeau que leur maladie représente pour leur famille, leurs amis et leur médecin n'est pas trop lourd.

Certains se font de fausses idées sur leur dernier moment, imaginant que la mort sera douloureuse et qu'on leur infligera des procédures superflues. Il faut les informer et les rassurer, leur dire que leur médecin est disponible, qu'il est à l'écoute et qu'il traite leurs symptômes avec tout ce qui se fait de mieux en soins palliatifs.

Si on répond à ces besoins-là, je crois que disparaîtra le sentiment de la nécessité de l'euthanasie.

Un peu plus tôt, en avril de la même année, dans la même revue médicale, le Dr Crowe écrivait:

Au cours des 12 dernières années, j'ai eu le privilège de soigner de nombreux patients en phase terminale, et je crois pouvoir dire qu'ils sont tous morts avec dignité.

Le courage avec lequel ils ont accepté leur souffrance a été pour moi et pour bien des membres de leur famille une source d'inspiration. À l'occasion de cette dernière maladie, j'ai souvent vu des familles s'unir et cicatriser les anciennes blessures pour appuyer l'être aimé et pour se soutenir mutuellement.

Il n'est pas facile de regarder les gens souffrir dans leurs derniers jours — ou à n'importe quel moment de leur vie. Mais entraîner une mort prématurée, c'est enlever à cette personne la possibilité de mourir vraiment dans la dignité.

Nous devons nous garder d'euphémismes tels que «mourir dans la dignité» alors que nous voulons dire «mourir prématurément pour ne pas souffrir».

Tout comme les textes du Dr Crowe, le troisième et dernier texte sur lequel j'aimerais attirer votre attention, traite du lien qui devrait exister entre un patient mourant et son médecin. Ce texte, intitulé «*The Wounded Healer*» est signé des Drs Egilde Seravalli et Joseph Fashing, de New York, et il a été publié dans le numéro d'août 1991 de *Humane Medicine*. Voici les extraits pertinents de l'article:

La grande crainte des patients en phase terminale, ce n'est pas la mort imminente, mais la crainte de l'abandon et d'une douleur intolérable.

Les médecins se doivent de rassurer les patients mourants du fait que la mort ne sera pas douloureuse et qu'ils sont prêts à faire face à tout imprévu. Ils ...

Je veux dire les mourants:

... ont besoin que leurs médecins les rassurent, non pas tant quant à la mort, mais quant à la difficulté de mourir, avec la déchéance physique irrémédiable que cela suppose et l'inconnu... Dans ces moments-là, le médecin qui offre soutien et compréhension, peut transformer la peur en force pour se préparer à la mort.

[Texte]

The authors of the article then quote a letter written by a 47-year-old professor, eight days before her death from leukemia.

I don't think I will make it. This month's experience of frantic treatment has not prevented my getting worse rapidly... And now, after a month that has been full of problems and my being in bed constantly, I cannot even imagine the way I was a month ago. I can assure you, however, that I am not terrified. On the contrary, I am surprised at my serenity...

If I ever make it, the experience of this period would be all positive for me because of the warmth of your friendship — the friendship of so many of you — your generosity, that of my physicians, that of the known and unknown donors of blood and bone marrow, have all been such a revelation of human goodness so great and so precious that I can even take back "if I make it" and say instead: it is worth paying for my life...

The authors continue:

This profoundly touching document unequivocally expresses how a person can rise above the fear of death, if bolstered by the care and compassion of physicians and friends.

For a serene acceptance of death, physicians play an invaluable role because dying patients, in spite of their worsening physical condition, want to trust their doctors, their counsel and their healing power.

Thus when death cannot be postponed any longer, compassionate physicians can transfer their concern from medical intervention to helping the patient face death with a minimum of suffering.

The woman who wrote the letter was bolstered by the care and compassion of skilled physicians and she remained in command of her life until the end. Her serenity represents a triumph of the human spirit over the outcome of the illness.

The article ends with the following considerations:

The dying patient and the process of death highlight two facets of medical practice: That related to genuinely humane care and that of professional effectiveness.

When physicians become willing participants in the emotional aspect of the process of death, they do not perceive the death of suffering patients as a personal defeat. In the words of Sir William Osler, such a physician will have learned "to look on death with mingled feelings" and will have understood that suffering patients with incurable illness welcome "death that comes with friendly care".

In their hearts and in their sometimes unrealistic hopes, dying patients need a human connection and expect words of encouragement and compassion from physicians.

[Translation]

Les auteurs de l'article citent ensuite une lettre écrite par une professeure de 47 ans, huit jours avant que sa leucémie ne l'emporte.

Je ne crois pas que je m'en sortirai. Malgré tous les traitements faits ce mois-ci, mon état se détériore rapidement... Et maintenant, après un mois de complications pendant lequel j'ai été constamment alitée, je n'arrive même plus à imaginer ce que j'étais il y a un mois. Mais je vous assure que je ne suis pas terrifiée. Au contraire, ma sérénité m'étonne...

Si je survis, l'expérience de cette période de ma vie aura été entièrement positive grâce à la chaleur de votre amitié — l'amitié de tant de vous — à votre générosité, à celle de mes médecins, à celle de tous les donneurs connus et inconnus de sang et de moelle épinière, qui ont fait preuve d'une bonté humaine si profonde et si précieuse qu'au lieu de dire «si je m'en tire» je préfère dire: cela vaut la peine de payer de ma vie...

Les auteurs poursuivent:

Ce document si touchant montre clairement comment une personne peut surmonter sa peur de la mort, si elle peut s'appuyer sur les soins et la compassion de ses médecins et amis.

Les médecins jouent un rôle essentiel pour aider leurs patients à accepter la mort dans la sérénité, car les mourants, en dépit de leur affaiblissement physique, veulent croire en leurs médecins, en leurs conseils et en leur pouvoir de guérison.

Par conséquent, quand la mort ne peut plus être repoussée, les médecins compatissants peuvent transférer leur attention de l'intervention médicale à la préparation du patient pour une mort aussi indolore que possible.

La femme qui a écrit cette lettre a pu compter sur les soins et la compassion de médecins compétents et elle est restée lucide jusqu'à la fin. Sa sérénité représente le triomphe de l'esprit humain sur l'aboutissement de la maladie.

L'article se termine sur les réflexions suivantes:

Le mourant et le processus de la mort mettent en lumière deux facettes de la pratique médicale: les soins véritablement humanitaires et l'efficacité professionnelle.

Quand les médecins prennent part de leur plein gré à l'aspect émotionnel de la mort, le décès de patients qui souffrent n'est plus pour eux une défaite personnelle. Comme l'a dit sir William Osler, ces médecins-là auront appris à «considérer la mort avec des sentiments mixtes» et auront compris que les patients atteints d'une maladie incurable accueillent avec soulagement «la mort qui est accompagnée de soins amicaux».

Dans leurs espoirs parfois irréalistes, les patients mourants ont besoin d'un contact humain et ils attendent de leurs médecins des mots d'encouragement et de compassion.

[Text]

Sensitivity to human needs at this critical juncture enhances the significance of medical science and expresses the highest values of the medical profession.

Ottawa and District Physicians Who Respect Human Life submit that it is not by killing their patients, but by healing, or when that is no longer possible, by continuing to provide that "human connection" that physicians correctly express what has been referred to as "the true spirit of medicine" and, at the same time, best serve their patients and society.

Some 20 years ago, a Canadian physician, Dr. C.P. Harrison of Vancouver, wrote, in the *Canadian Medical Association Journal*, that contrary to what is often thought:

...life and death are not medical subjects... Medicine is the art of caring for the patient, using the appropriate scientific knowledge of health and disease. The medical course entails the study of the biological sciences. That is not the study of life but of the processes which occur in living things and it is related to life in much the same way as the study of electronics is related to the program seen on the TV screen. They are of a very different order...

The physician's contract begins and ends with health and disease... The law may not change the basis of medicine from health and disease to life and death...

Medicine has an end in view, the prevention or cure of disease, the slowing of the disease process and the alleviation of symptoms. When treatment cannot accomplish any of these ends, it is no longer warranted medically. If the patient dies, he dies of his disease, not at the hands of the physician. This, the law must recognize.

It has been said that improper behaviour becomes the norm when it is not challenged and opposed. The Ottawa and District Physicians Who Respect Human Life do not want medical killing to become the norm. This is why we oppose it and urge this committee to resist the calls for the decriminalization of killing by euthanasia.

If you were to choose not to do so, we ask that at the very least you recommend that the killing be done by people other than physicians, for doctors are for healing, not for killing.

The next page of my presentation contains the Declaration of Geneva. I thought you might be interested in having the text. This is a modernized version of the oath of Hippocrates. It is significant in that it was adopted by the General Assembly of the World Medical Association in September 1948, a few months after the ending of the Nuremberg trials. That is no coincidence. The World Medical Association wanted to make sure that what German doctors had done would never be repeated again. It was a way of saying, "Never again".

[Traduction]

Se montrer sensible aux besoins de l'être humain à ce moment critique de la vie donne un sens accru à la science médicale et exprime les valeurs les plus nobles de la profession.

Les Médecins pour la vie — Région d'Ottawa font valoir que ce n'est pas en tuant leurs patients, mais en les guérissant, ou lorsque cela n'est plus possible, en continuant à leur apporter ce «contact humain», que les médecins expriment ce qu'on a appelé «le véritable esprit de la médecine» et, en même temps, servent au mieux leurs patients et la société.

Il y a une vingtaine d'années, un médecin canadien, le Dr C.P. Harrison, de Vancouver, écrivait dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, que contrairement à ce que l'on croit souvent:

... la vie et la mort ne sont pas des domaines médicaux... La médecine, c'est l'art de soigner le patient en mettant en pratique toutes les connaissances scientifiques touchant la santé et la maladie. Le cours de médecine suppose l'étude des sciences biologiques. Ce n'est pas l'étude de la vie, mais des processus à l'oeuvre dans l'être vivant; et cette étude a autant de rapports avec la vie que l'étude de l'électronique peut en avoir avec l'émission que l'on regarde à l'écran. Elles sont d'un tout autre ordre...

Le contrat du médecin commence et finit avec la santé et la maladie... La loi ne saurait faire passer la médecine de la sphère de la santé et de la maladie à celle de la vie et de la mort...

La médecine a un objectif, qui est la prévention ou la guérison de la maladie, le ralentissement du processus évolutif de la maladie et l'atténuation des symptômes. Quand le traitement ne permet plus d'atteindre ces objectifs, il ne se justifie plus sur le plan médical. Lorsqu'un patient meurt, il meurt de sa maladie, et non aux mains d'un médecin. La loi doit le reconnaître.

On dit qu'un comportement inapproprié qui n'est ni contesté ni interdit finit par devenir la norme. Les Médecins pour la vie — Région d'Ottawa ne souhaitent pas que le meurtre médical devienne la norme. C'est la raison pour laquelle nous nous opposons à ces mesures et exhortons le comité à rester sourd aux appels pour la décriminalisation du meurtre par euthanasie.

Dans le cas contraire, nous vous demandons tout au moins de recommander que le meurtre soit perpétré par d'autres que des médecins, car le rôle de ceux-ci est de guérir, pas de tuer.

Dans la page suivante de mon exposé vous pourrez lire le serment de Genève. J'ai pensé que cela pourrait vous intéresser d'en avoir le texte. C'est une version moderne du serment d'Hippocrate. Il est particulièrement important du fait qu'il a été adopté par l'Assemblée générale de l'Association médicale mondiale, en septembre 1948, quelques mois après la conclusion du procès de Nuremberg. Ce n'est pas une coïncidence. L'Association médicale mondiale voulait s'assurer que ce qu'avaient fait les médecins allemands ne se reproduirait jamais. C'était une façon de dire: «Plus jamais».

[Texte]

Since I have a few minutes, I will read it for those who do not have a copy of the brief. Though it is short, it is an important document. Until the late 1960s or early 1970s medical students could take either this or the Hippocratic Oath. Now they take neither. It reads:

AT THE TIME OF BEING ADMITTED AS MEMBER OF THE MEDICAL PROFESSION:

I SOLEMNLY PLEDGE myself to consecrate my life to the service of humanity;

I WILL GIVE to my teachers the respect and gratitude which is their due;

I WILL PRACTICE my profession with conscience and dignity;

THE HEALTH OF MY PATIENT will be my first consideration;

I WILL RESPECT the secrets which are confided to me;

I WILL MAINTAIN by all means in my power the honour and the noble traditions of the medical profession;

MY COLLEAGUES will be my brothers;

I WILL NOT PERMIT considerations of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient;

I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life, from the time of conception; even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity;

I MAKE THESE PROMISES solemnly, freely and upon my honour;

I had the privilege taking the Hippocratic oath.

The last section of the brief is data on euthanasia in the Netherlands. This is a version you will probably not often come across because it is not the Rummelink report version, but this is the truth. I invite you to read it.

This is the end of my presentation. I am available for questions.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Lafrance.

Mr. Lafrance: We are a relatively small group of physicians who, as our name indicates, believe in respect for human life and who try to promote respect for human life.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci, madame la présidente. Merci, docteur Lafrance. Nous siégeons au sein de ce comité pour étudier les deux aspects principaux de la question, soit les arguments de ceux qui sont pour et de ceux qui sont contre.

Vous dites que les médecins «are not for killing, they are for healing». Je suis d'accord avec ce principe en général. La question que je voudrais vous poser est la suivante.

En ce qui touche à l'euthanasie, lorsqu'une personne affirme qu'elle ne peut plus tolérer ses souffrances, que cela est devenu impossible et que sa dignité en est affectée, est-ce qu'il n'y a pas une différence entre donner une piqûre «lethal injection» qui va

[Translation]

Comme j'ai quelques minutes devant moi, je vais le lire à l'intention de ceux qui n'ont pas le mémoire. Le serment est bref, mais il est important. Jusqu'à la fin des années 60 ou au début des années 70, les étudiants en médecine avaient le choix entre ce serment ou le serment d'Hippocrate. Maintenant, ils ne prêtent plus ni l'un ni l'autre. Le voici:

ALORS QUE JE M'APPRÊTE À ENTRER DANS LA PROFESSION MÉDICALE

QUE JE CONSACRERAI ma vie au service de l'humanité;

JE RENDRAI à mes enseignants le respect et la gratitude qu'ils méritent;

JE PRATIQUERAI ma profession avec conscience et dignité;

LA SANTÉ DE MON PATIENT sera ma première considération;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés;

JE MAINTIENDRAI, par tous les moyens en mon pouvoir, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale;

MES COLLÈGUES seront mes frères;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations de religion, de nationalité, de race, de politique ou de condition sociale interviennent entre mon devoir et mon patient;

JE MAINTIENDRAI le plus grand respect pour la vie humaine, dès l'instant de la conception; même sous la menace, je n'utiliserai pas mes connaissances médicales à des fins contraires aux lois de l'humanité;

JE LE PROMETS solennellement, librement, et sur mon honneur;

J'ai eu le privilège de prêter le serment d'Hippocrate.

La dernière partie du mémoire présente des données sur l'euthanasie aux Pays-Bas. Vous n'avez probablement pas souvent vu cette version-ci, car elle ne fait pas partie du rapport Rummelink, mais elle représente la vérité. Je vous invite à la lire.

Voilà qui met fin à mon exposé. Je suis prêt à répondre à vos questions.

La présidente: Je vous remercie, docteur Lafrance.

M. Lafrance: Nous sommes un groupe relativement modeste de médecins qui, comme l'indique le nom de notre association, croit au respect de la vie humaine et essaie de le promouvoir.

Senator Lavoie-Roux: Thank you, Madam Chairman. And thank you, Dr. Lafrance. As members of this committee, we are here to consider the two main thrusts of this issue — in other words, the arguments for and against this kind of practice.

You say that doctors are not for killing, they are for healing. I agree with that general principle. However, I do have a question for you.

As far as euthanasia is concerned, when someone decides that he can no longer endure the suffering he is facing, and that life has become impossible and can no longer be lived with dignity, do you feel there is a difference between giving what is called a

[Text]

causer la mort directement et le fait, par exemple, que l'on va peut-être augmenter tranquillement les doses de morphine ou autre drogue, qui indirectement vont peut-être faire avancer la mort?

À ce moment-là, est-ce que vous entrez cela dans le «killing» ou simplement le fait que finalement l'on veut aider le patient à mourir dans des conditions plus humaines et plus faciles?

M. Lafrance: Tout dépend, sénateur Lavoie-Roux. Si la dose de morphine est celle qui est nécessaire pour contrôler la douleur, ce n'est certainement pas de l'euthanasie, même si la dose est telle qu'elle comporte un risque d'arrêt respiratoire et de mort.

C'est la position de l'église catholique et c'est notre position. Nous ne considérons pas cela de l'euthanasie.

Maintenant, si la dose est augmentée automatiquement, disons à toutes les quatre heures, sans égard au degré de douleur du patient ou de la patiente, l'intention n'est plus de soulager la douleur, l'intention est de tuer la personne. C'est de l'euthanasie. Il y a une distinction.

En Hollande, on ne fait pas cette distinction. En Hollande, les chiffres peuvent sembler relativement bas mais lorsque la morphine est administrée, même dans le but évident de causer la mort, cela s'appelle «alleviation of pain and symptoms». C'est pour cela que je vous dis que le rapport Rummelink sur la situation de l'euthanasie en Hollande est trompeur. Ce n'est pas la vérité.

De la même façon, lorsqu'un traitement est arrêté dans le but de causer la mort, ce n'est pas considéré de l'euthanasie. C'est considéré tout simplement, en anglais, «withholding or withdrawal of treatment», un arrêt de traitement.

C'est évident que lorsque le but de la chose est de causer la mort, c'est de l'euthanasie. C'est l'intention qui compte dans l'euthanasie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous faites une différence, si je comprends bien, entre l'euthanasie active (je reviens toujours à mon injection qui causera la mort directement) et un arrêt de traitement comme dans le cas de Nancy B de Québec ou même aussi dans les cas de ce que l'on appelle...

M. Lafrance: L'acharnement thérapeutique.

Le sénateur Lavoie-Roux: ...l'acharnement thérapeutique.

M. Lafrance: Le cas de Nancy B n'était pas un cas d'euthanasie. C'était une jeune femme qui était parfaitement compétente sur le plan légal. Donc, un patient ou une patiente a toujours le droit de refuser tout traitement, même un traitement qui est nécessaire pour la garder en vie. C'est comme ça, comprenez-vous?

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous n'avez pas de problème avec cela.

M. Lafrance: Le cas de Nancy B n'aurait jamais dû aller devant les tribunaux. C'est un cas qui aurait dû être réglé à l'intérieur de l'hôpital. On peut se demander pourquoi il a été porté sur la place publique.

[Traduction]

lethal injection, which causes death directly and, say, gradually increasing the patient's doses of morphine or another medication that will hasten death, albeit indirectly?

Do you feel that act is tantamount to killing someone, or that it is simply a case of helping a patient to die in more humane, less difficult circumstances?

Mr. Lafrance: Well, Senator Lavoie-Roux, that depends on a number of things. If the dose of morphine that person receives is the amount required to control pain, then it could certainly not be considered euthanasia, even if it is large enough to carry the risk of respiratory failure and death.

That is the position of the Catholic Church, and that is also our position. We do not consider that to be euthanasia.

Now, if the dose is increased automatically — say, every four hours — without any consideration being given to the amount of pain the patient may be experiencing, the intention is no longer to alleviate pain, but rather to kill someone. That would be considered euthanasia. There is a distinction between the two.

In Holland, no such distinction exists. There, although the figures may seem fairly low, when morphine is administered even for the obvious purpose of causing death, the reason stated is still "alleviation of pain and symptoms". That is why I say the Rummelink report on euthanasia in Holland is misleading. What it says is untrue.

Similarly, cessation of treatment for the purpose of causing death is not considered euthanasia either. It is simply called "withholding or withdrawal of treatment".

When the act is intended to cause death, it is clearly euthanasia. It is the intention that counts most where euthanasia is concerned.

Senator Lavoie-Roux: If I am not mistaken, you make a distinction between active euthanasia — and again I would use the example of a lethal injection that caused death directly — and cessation of treatment, as in the case of Nancy B in Quebec City or even in cases of what is called...

Mr. Lafrance: Aggressive therapy.

Senator Lavoie-Roux: ...aggressive therapy.

Mr. Lafrance: Nancy B's case did not involve euthanasia. Nancy B was a young woman whose legal competence was not in question. So, a patient always has the right to refuse any treatment, even treatment required to keep that patient alive. That's just the way it is.

Senator Lavoie-Roux: And that doesn't bother you.

Mr. Lafrance: I don't believe Nancy B's case should ever have gone before the courts. Her particular circumstances should have been dealt with inside the hospital. One wonders why it was ever made public.

[Texte]

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est cela. Alors, dans ces cas, vous n'avez pas de problème?

M. Lafrance: Non.

Le sénateur Lavoie-Roux: Et votre position vis-à-vis l'acharnement thérapeutique. Supposons par exemple quelqu'un qui a été opéré pour une chirurgie cardiaque et, évidemment, les choses ne vont pas aussi bien qu'elles le devraient puis, à un moment donné, le patient est tenu en vie par de la machinerie.

M. Lafrance: C'est bien malheureux mais l'acharnement thérapeutique existe. C'est peut-être un des facteurs, sinon le facteur principal, qui a contribué à créer chez le public une demande pour l'euthanasie. Les gens ne voient pas l'alternative entre les deux.

Ils perçoivent seulement deux alternatives, soit celle de mourir attaché à toutes sortes de tubes, de stimulateurs, de respirateurs, d'appareils de dialyse ou bien celle de mourir dans les plus grandes souffrances imaginables, alors qu'il y a un juste milieu entre les deux, celui des soins palliatifs, bien entendu, qui est la façon humaine d'accompagner les gens dans les derniers jours ou les dernières heures de leur vie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Votre opposition est vraiment strictement reliée au fait qu'il y a un geste actif.

M. Lafrance: Pas seulement.

Le sénateur Lavoie-Roux: Non?

M. Lafrance: Lorsque l'intention est de causer la mort, nous sommes opposés. Vous avez donné l'exemple de la morphine tout à l'heure. En anglais on parle de «euthanasia by instalments». Lorsque l'on augmente la dose de morphine automatiquement sans qu'il y ait vraiment besoin, cela devient de l'euthanasie camouflée. C'est la façon que cela se pratique actuellement.

Personne ne sait sur quelle échelle cela se pratique mais on sait que cela se pratique. La seule personne qui connaît l'intention derrière le geste, c'est le médecin qui prescrit la morphine. C'est pour cette raison que cela est impossible à prouver. L'on ne peut pas scruter les coeurs.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous m'amenez à ma dernière question.

Dans quelle mesure considéreriez-vous, par exemple, qu'il est possible de... J'ai perdu ma question.

M. Lafrance: Vous y reviendrez.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'y reviendrai. C'est que vous parliez du cas des gens qui voulaient donner la mort d'une façon...

M. Lafrance: D'une façon directe.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui.

M. Lafrance: C'est la façon évidente, c'est l'euthanasie active directe. C'est évident que l'on s'oppose à cela. Mais l'on peut donner la bonne...

[Translation]

Senator Lavoie-Roux: Yes, I see. So, you see no problem with such cases?

Mr. Lafrance: No.

Senator Lavoie-Roux: And what is your position on aggressive therapy? Let's take the example of someone who has heart surgery and because things do not go as well as they should have, the patient has to be connected to a machine to keep him alive.

Mr. Lafrance: Well, it's unfortunate, but aggressive therapy is indeed practiced. It may well be one of the factors, if not the most important factor, to have created a public demand for euthanasia. Between the two extremes, people just can't seem to see any alternative.

As far as they're concerned, there are only two options: either dying while still hooked up to all sorts of tubes, pacemakers, respirators or dialysis machines, or dying a horrible death, and enduring unimaginable suffering; in fact, there is a middle ground between the two — palliative care, which is obviously the humane way of helping people through the last days or hours of their life.

Senator Lavoie-Roux: Your opposition is really connected to the fact that active behaviour is involved.

Mr. Lafrance: That is not the only reason.

Senator Lavoie-Roux: It isn't?

Mr. Lafrance: We are opposed to any act intended to cause death. Earlier, you cited the example of someone given morphine. Some people use the expression "euthanasia by instalments". When the morphine dose is automatically increased even where there is no need for it, what we are really talking about is disguised euthanasia. That is the way it is currently practiced.

No one knows exactly what scale it is being practiced on at this time, but everyone knows that it occurs. Only the doctor prescribing the morphine really knows what the intention behind the treatment is. That is why it is impossible to prove. There is no way of reading someone's innermost thoughts.

Senator Lavoie-Roux: That leads me to my last question.

As far as you are concerned, to what extent would it be possible... I have forgotten what my question was.

Mr. Lafrance: You'll think of it in a moment.

Senator Lavoie-Roux: Yes. You were referring to cases where people intended to cause death...

Mr. Lafrance: Directly.

Senator Lavoie-Roux: Yes.

Mr. Lafrance: That is the most obvious way, and it's called active direct euthanasia. Of course, we are opposed to that. But we could...

[Text]

Le sénateur Lavoie-Roux: J'arrive à ma question, elle est revenue. L'on sait qu'il existe présentement ce qu'on appelle la morphine «by instalments» et vous dites que vous savez que cela se pratique.

M. Lafrance: Il y a des raisons de penser que cela se produit, oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je le pense moi aussi. Par contre, à l'heure actuelle, il n'y a pas de balise nulle part. C'est-à-dire qu'il reste les balises du serment d'Hippocrate qui dit que l'on ne doit jamais causer la mort directement.

M. Lafrance: Ce sont des balises importantes, les balises morales.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, c'est une balise importante. Mais il reste qu'il y a des médecins qui ne partagent pas votre point de vue, du moins ils le voient différemment.

M. Lafrance: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ne serait-il pas préférable que la question soit bien éclaircie? L'autre jour, on nous donnait un exemple (peut-être que cela était un peu exagéré) de quelqu'un qui allait mourir probablement le samedi. Comme l'on avait besoin du lit le lundi, l'on s'est dit qu'il n'y avait pas de différence à ce qu'il meure trois heures plus tôt ou trois heures plus tard. Il se fait probablement des choses comme cela qui, à mon point de vue, sont répréhensibles et que les gens ne connaissent pas.

Devant l'absence de normes, est-ce que ce n'est pas cela qui peut produire ce genre d'abus, qui pourraient aller en grandissant, d'ailleurs?

M. Lafrance: La loi a une valeur éducatrice. Si le genre de choses qui se font déjà sont sanctionnées par la loi, alors que la loi ne le permet pas, on peut se demander ce qui se produirait si la loi le permettait. La loi interdit déjà ce genre de choses.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais vous dites qu'il y a seulement le médecin qui va le savoir.

M. Lafrance: Oui. Je faisais allusion au fait que les balises morales, en fin de compte, sont beaucoup plus importantes que les balises légales. Il est facile de contourner les balises légales souvent, alors que les balises morales, c'est la conscience du médecin qui est guidée par ces balises-là.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci.

Le sénateur Beaudoin: Pour ce qui est de la thèse des soins palliatifs que vous défendez, quel est le succès en pratique? La médecine n'est pas de mon domaine, elle est du vôtre. Avec des soins palliatifs qui pourraient se développer de plus en plus dans un pays comme le Canada, est-ce qu'on arriverait dans un très, très grand nombre de cas à triompher de la douleur et à assurer une mort digne, si je peux employer ce mot, ou une mort qui n'est pas atroce? Quel est le succès en pratique?

M. Lafrance: La première des choses, il faut distinguer entre douleur et souffrance. La douleur est un phénomène physique. Pour ce qui est de la souffrance, il y a l'élément physique et l'élément psychologique.

[Traduction]

Senator Lavoie-Roux: I've just remembered what my question was. We know that some people currently practice "euthanasia by instalments" by increasing a patient's doses of morphine, and you yourself say that you know this practice exists.

Mr. Lafrance: We have reason to believe that it may, yes.

Senator Lavoie-Roux: I share your view. However, there is no real guideline in place at this time. Of course, there is the Hippocratic oath, according to which one should never cause death directly.

Mr. Lafrance: Yes, and they are important guidelines — moral ones.

Senator Lavoie-Roux: Yes, I agree. But the fact remains that some physicians do not share your view, or shall we say they have a different perspective on the issue.

Mr. Lafrance: Yes.

Senator Lavoie-Roux: Do you not feel there is a need to clarify this issue? The other day, we were given the example — and this may have been a slight exaggeration — of someone who was probably going to die on a Saturday. Because they needed the hospital bed on Monday, they felt it would not make much difference if he died three hours early, rather than three hours later. I imagine things like that do occur — things that I consider reprehensible, but that people may not be aware of.

Do you not believe the total lack of standards is partly responsible for this kind of abuse, which may well become more widespread?

Mr. Lafrance: The law has an educational value. If these practices are sanctioned, even though they are forbidden by law, one wonders just what would happen if the law allowed such practices. The fact is, they are prohibited by law.

Senator Lavoie-Roux: But you say that the physician is the only person who really knows.

Mr. Lafrance: I was referring to the fact that moral guidelines are actually a lot more important than legal ones. Often it is quite easy to get around legal guidelines, whereas moral ones are those a physician's conscience dictates.

Senator Lavoie-Roux: Thank you.

Senator Beaudoin: You defend palliative care as an alternative, but what is the actual success rate of this kind of therapy? Medicine is your area of expertise, not mine, as you know. Were palliative care to become a more common form of treatment in a country like Canada, would it be possible in most cases to conquer pain and allow people to die with dignity, or at least avoid a horrible death? What is the actual success rate of this kind of therapy?

Mr. Lafrance: First of all, I think we have to make a distinction between pain and suffering. Pain is a physical phenomenon. Suffering, however, has both a physical and psychological aspect to it.

[Texte]

Si vous parlez de douleur, la médecine peut la contrôler très, très bien. Je dis bien «peut» parce que, malheureusement, il y a un certain pourcentage de médecins qui ne le savent pas. Cela a été démontré l'été dernier à un congrès sur le contrôle de la douleur à Paris, où l'on a fait la preuve, je pense, qu'un tiers des médecins ne savent pas du tout bien traiter la douleur chez les malades en phase terminale.

Mais supposons que l'on pourrait faire l'éducation des médecins, je pense qu'aujourd'hui, surtout avec des instruments comme la pompe à morphine, on peut titrer la dose de morphine de façon très précise et obtenir un contrôle très satisfaisant de la douleur dans la très grande majorité des cas. Il y en a qui disent 95 p. 100, 98, p. 100, un pourcentage très élevé.

La souffrance, c'est une autre histoire. Il y a l'élément d'angoisse et cela, je pense que c'est inévitable. Je pense qu'il n'y a personne qui voit venir la mort sans sentir une certaine angoisse. L'angoisse, on ne la ressent pas au cours de notre existence, seulement à ce moment-là. Il y a beaucoup de situations qui sont sources d'angoisse. L'angoisse fait partie de la vie, je pense, la souffrance aussi.

Le sénateur Beaudoin: J'aime bien votre distinction. Vous dites qu'une médecine développée pourrait la contrôler la douleur physique.

M. Lafrance: On la contrôle déjà.

Le sénateur Beaudoin: On la contrôle.

M. Lafrance: Quand la médecine est bien pratiquée.

Le sénateur Beaudoin: Il reste évidemment l'angoisse. Mais cela, c'est autre chose.

M. Lafrance: C'est autre chose.

Le sénateur Beaudoin: Parce que cela, on n'est pas encore assez avancé.

M. Lafrance: Non. C'est un problème pour théologien. Vous feriez peut-être mieux d'adresser la question comment contrôler la souffrance. Cela dépasse même le domaine de la philosophie.

Le sénateur Beaudoin: Oui. Mais tout de même quand vous avez vu...

M. Lafrance: Je suis philosophe amateur, mais je ne suis pas spécialiste.

Le sénateur Beaudoin: Vous avez vu beaucoup de gens mourir.

M. Lafrance: Non, très peu. Dans ma spécialité, sénateur Beaudoin, j'en ai vu très peu. Le docteur Keon pourrait peut-être vous en dire davantage, mais pas moi.

Le sénateur Beaudoin: Une dernière question. J'imagine que, d'après l'exposé que vous venez de nous faire, le «suicide assisté» est une forme d'euthanasie pour vous?

M. Lafrance: Non seulement une forme, c'est de l'euthanasie.

Le sénateur Beaudoin: C'est de l'euthanasie.

[Translation]

If you're talking about pain, medicine can control it very, very effectively. I say "can" because unfortunately, some physicians are not aware of this. This was clearly demonstrated last summer at a convention on pain control in Paris, where I believe a third of the doctors present had no idea how to alleviate pain effectively among the terminally ill.

But supposing we were able to educate physicians, I believe at the present time, particularly with instruments like the morphine pump, it is indeed possible to measure and release very precise amounts of morphine and thereby to control pain very effectively in the vast majority of cases. Some people would even say in 95 or 98 per cent of cases — in other words, a very high percentage.

Suffering, however, is another matter altogether. It involves an element of fear or anguish which I see as inevitable. I don't think anyone faces the prospect of death without feeling some sort of anguish. Anguish is something you don't really feel throughout your life — only at that time. There are a lot of situations that may produce feelings of anguish. Anguish is part of life, just as suffering is.

Senator Beaudoin: I like the distinction you've drawn between the two. You say that with expanded medical treatment, we could control physical pain.

Mr. Lafrance: We already do.

Senator Beaudoin: I see.

Mr. Lafrance: When medicine is practiced as it should be.

Senator Beaudoin: We're still left with the problem of anguish. But that's another matter altogether.

Mr. Lafrance: Yes.

Senator Beaudoin: In that area, I guess our knowledge is not sufficiently developed yet.

Mr. Lafrance: No. That is more of a problem for theologians. Perhaps you should address the question of how to control suffering to them. I would say it even goes beyond philosophy.

Senator Beaudoin: Yes. But when you did see...

Mr. Lafrance: I may be an amateur philosopher, but I'm no expert.

Senator Beaudoin: I imagine you have seen a lot of people die.

Mr. Lafrance: No, not many. In my area, Senator Beaudoin, I rarely have that experience. Dr. Keon could probably tell you more about that than I can.

Senator Beaudoin: One last question. I imagine that based on the comments you have just made to the committee, you would consider assisted suicide to be a form of euthanasia, would you not?

Mr. Lafrance: Not only a form of euthanasia — euthanasia, pure and simple.

Senator Beaudoin: You see it as euthanasia.

[Text]

M. Lafrance: Même l'Association médicale reconnaît qu'il n'y a aucune distinction de faite entre les deux. Les Hollandais aussi, le *Royal Dutch Medical Association* les mettent ensemble dans les statistiques. Que vous mettiez le pistolet sur la tempe puis demander au patient de tirer sur la gâchette, le résultat est le même.

Le sénateur Beaudoin: En fait, la plupart des experts disent que c'est de l'euthanasie.

M. Lafrance: Oui, c'est évident. C'est de l'euthanasie active directe.

Le sénateur Beaudoin: Merci.

Le sénateur Corbin: Merci, madame la présidente. Je veux tout simplement savoir qui sont les *Ottawa and District Physicians who respect Human Life*?

Mr. Lafrance: We are a relatively small group of physicians who, as our name indicates, believe in respect for human life and who try to promote respect for human life.

Le sénateur Corbin: Ce mémoire n'est pas nécessairement l'expression d'un consensus de tous les médecins?

M. Lafrance: En aucune façon. L'Association médicale canadienne parle au nom des médecins du Canada. Nous, nous parlons au nom des médecins pro-vie de la région d'Ottawa-Carleton.

Le sénateur Corbin: Est-ce que votre position de base est d'endosser la morale catholique romaine? Vous affirmez-vous comme médecins catholiques romains?

M. Lafrance: Non. Nous sommes un organisme non-confessionnel.

Le sénateur Corbin: Non-confessionnel. Merci.

M. Lafrance: Mais notre position concorde avec celle de l'Église. Nous n'avons pas un problème avec la position de l'Église catholique, elle est exactement la même que la nôtre.

Le sénateur Corbin: Merci.

Senator Keon: I must tell you, Madam Chairman, that Dr. Lafrance and I went to medical school together.

Mr. Lafrance: Don't say any more.

Senator Keon: There is more to it than that. We sat beside each other for four years because the letter "K" follows the letter "L" in the alphabet. However, we got along very well.

I am very aware of the doctor's views on abortion and euthanasia. It would not serve much purpose for me to ask him very much today, except to say that I am interested in his dissection of the Rummelink report. Would you turn to that, Dr. Lafrance?

In terms of the 400 physician-assisted suicides, can you recall how they got pulled out of there? In other words, what specific group of patients were they?

Mr. Lafrance: A distinction between injections of potassium chloride, pentathol or some other agent, and physician-assisted suicide was established. In the latter case, the doctor brings the

[Traduction]

Mr. Lafrance: Even the Medical Association recognizes that no distinction is made between the two. The Dutch, or to be precise, the Royal Dutch Medical Association, also put them together in compiling their statistics. If you put a pistol to a patient's temple and ask him to pull the trigger, the result is the same.

Senator Beaudoin: Most experts do in fact say that it is euthanasia.

Mr. Lafrance: Yes, there is no doubt about it. It is direct, active euthanasia.

Senator Beaudoin: Thank you.

Senator Corbin: Thank you, Madam Chairman. I just want to know who the Ottawa and District Physicians who respect Human Life really are?

M. Lafrance: Nous sommes un groupe relativement modeste de médecins qui, comme l'indique le nom de notre Association, croit au respect de la vie humaine et essaie de le promouvoir.

Senator Corbin: So, this brief does not necessarily reflect a consensus among all physicians?

Mr. Lafrance: No, absolutely not. The Canadian Medical Association speaks for the physicians of Canada. We, however, speak for pro-life physicians practising in the Ottawa-Carleton region.

Senator Corbin: Is your basic position an endorsement of the Roman Catholic moral doctrine? Do you identify yourselves as Roman Catholic physicians?

Mr. Lafrance: No. We are a non-denominational organization.

Senator Corbin: Non-denominational. Thank you.

Mr. Lafrance: But our position is consistent with the Church's position on this issue. We have no quarrel with the position of the Catholic Church, as it is exactly the same as our own.

Senator Corbin: Thank you.

Le sénateur Keon: Madame la présidente, je dois vous dire que le Dr Lafrance et moi nous étions à l'école de médecine ensemble.

M. Lafrance: N'en dites pas plus.

Le sénateur Keon: Mais il y a plus. Nous avons été assis l'un à côté de l'autre pendant quatre ans parce que la lettre K suit la lettre L. Mais nous nous sommes très bien entendus.

Je connais bien les opinions du docteur sur l'avortement et l'euthanasie. Ça ne m'avancerait pas à grand-chose de lui poser beaucoup de questions là-dessus aujourd'hui, mais j'aimerais mieux comprendre son analyse du rapport Rummelink. Pourriez-vous nous en parler, docteur Lafrance?

En ce qui concerne les 400 suicides assistés par des médecins, vous souvenez-vous comment ils ont été extraits? Autrement dit, quel groupe de patients représentaient-ils?

M. Lafrance: On a fait une distinction entre les injections de chlorure de potassium, de pentathol ou d'autres agents et le suicide avec l'aide d'un médecin. Dans ce dernier cas, le médecin

[Texte]

medication, but the patient who is alert and competent takes the medication. Morally, it amounts to the same thing, but technically the act is different.

In certain countries such as Germany physician-assisted suicide is viewed favourably, while active euthanasia by injection is not viewed favourably. That is probably as a result of the German euthanasia program. There is a tendency in Europe to make a clear distinction between physician-assisted suicide, which I prefer to call physician-mediated killing, and active euthanasia.

By the way, Dr. Keon, what the Dutch call euthanasia is covered in the first part of my presentation, where I deal with active euthanasia and physician-assisted suicide. They do not think of the other two sections as being euthanasia. That is where we disagree totally with their view. This is not just my view, but one based on a study by Dr. Fenigsen.

Senator Keon: The second large group deals with treatment withheld or withdrawn. Do you not consider them a sort of death- with-dignity group of patients? For example, this is dealt within the Vatican declaration with which you are familiar.

Mr. Lafrance: It all depends on when the treatment is withheld or withdrawn. If the patient is terminally ill, it is obvious that certain treatment can be withheld. That does not constitute euthanasia. However, if a patient has a year or a year and a half left to live, as opposed to six weeks, it makes a big difference.

A treatment which would be appropriate, if the patient had any illness, becomes disproportionate if he has only six weeks to go. It is perfectly legitimate if he has six weeks to go to discontinue most treatment. That is not euthanasia.

Senator Keon: Were you convinced that the 1,200 patients listed in those two columns died prematurely because of withdrawal of a treatment?

Mr. Lafrance: There were more for whom treatment was withheld. These are cases where the intent, by the doctor's own admission, was to kill, to shorten life, to hasten death. If you add the numbers that are in the "Voluntary" column, you will see it amount to about 13,000. The actual number in terms of cessation of treatment was 22,500. There were others where the treatment was withheld, but where the intention was not to kill the patient. It was perfectly legitimate.

Senator Keon: There is a possible scenario arising where euthanasia could become legal in Canada. Obviously, you feel it is completely unethical.

Mr. Lafrance: Completely.

Senator Keon: How do you propose the medical profession will deal with that? If it is an unethical act, then there are grounds for the withdrawal of licences by the discipline committees at the provincial colleges. Yet it could be legal and people could be asking physicians to undertake it.

[Translation]

apporte le médicament, mais le patient qui est encore alerte et compétent le prend lui-même. Moralement, c'est pareil, mais d'un point de vue strictement technique, l'acte n'est pas le même.

Dans certains pays, comme en Allemagne, le suicide assisté par un médecin est accepté, tandis qu'est rejetée l'idée de l'euthanasie active par injection. C'est probablement dû au programme d'euthanasie allemand. En Europe, on a tendance à faire une distinction nette entre le suicide médicalement assisté, que je préfère qualifier de mort induite par un médecin, et l'euthanasie active.

Soit dit en passant, docteur Keon, ce que les Hollandais appellent euthanasie est présenté dans la première partie de mon exposé, où je parle d'euthanasie active et de suicide avec l'assistance du médecin. Pour eux, les deux autres parties ne constituent pas une euthanasie. C'est là que je ne suis plus du tout d'accord avec eux. Et ce n'est pas seulement mon point de vue, mais une opinion qui est fondée sur une étude réalisée par le Dr Fenigsen.

Le sénateur Keon: Le deuxième grand groupe concerne le traitement refusé ou arrêté. Ne considérez-vous pas que ces patients-là peuvent également être inclus dans le groupe des tenants de la mort avec dignité? Par exemple, il en est question dans la déclaration du Vatican, que vous connaissez bien.

M. Lafrance: Tout dépend du moment auquel on refuse ou cesse le traitement. Si le patient est en phase terminale, il est bien évident que l'on peut refuser certains traitements. Ce n'est pas dans ce cas de l'euthanasie. Mais si le patient a un an ou un an et demi à vivre, plutôt que six semaines, c'est toute autre chose.

Un traitement qui serait approprié pour un patient quelle que soit sa maladie peut ne plus l'être si celui-ci n'a que six semaines à vivre. Dans ce cas, il est parfaitement justifié de cesser la plupart des traitements. Ce n'est pas de l'euthanasie.

Le sénateur Keon: Êtes-vous convaincu que les 1 200 patients dont il est question dans ces deux colonnes sont morts prématurément par suite de cessation du traitement?

M. Lafrance: Ils étaient encore bien plus nombreux à qui on a refusé le traitement. Dans ces cas-ci, de l'aveu même du médecin, l'intention était de tuer, de raccourcir la vie, de hâter la mort. Si vous ajoutez à cela les chiffres de la colonne «volontaire», vous verrez que cela donne au total environ 13 000 personnes. Pour la cessation de traitement, le nombre réel atteint 22 500. Il y en a d'autres auxquels on a refusé le traitement, mais sans intention de tuer le patient. C'était alors parfaitement justifié.

Le sénateur Keon: Il se pourrait que l'euthanasie soit légalisée au Canada. De toute évidence, cela vous paraît totalement contraire à l'éthique.

M. Lafrance: Tout à fait.

Le sénateur Keon: D'après vous, que devrait alors faire le corps médical? Si l'acte est contraire à l'éthique, les comités de discipline des collèges provinciaux pourraient retirer les licences. Pourtant, l'acte pourrait être légal et les gens pourraient demander à leurs médecins de le pratiquer.

[Text]

Mr. Lafrance: Dr. Kevorkian has advocated the setting up of a new specialty which would be called "obitiatry". Obitus means exit. It would be a killing specialty. It will be a very sad day if there is ever a specialty in medicine called "obitiatry" and specialists called "obitiatrists". I hope it never comes to that. That is all I can say in that regard.

Senator DeWare: Dr. Lafrance, let us consider a terminally-ill patient who, perhaps with another session of chemo, will have the possibility of another chance, yet his a family is pressuring and the patient is in a dilemma. The doctor's recommendation would most likely be to do everything he can. What are the patient's options?

Mr. Lafrance: A competent patient can refuse anything. He or she can tell a doctor, "I want everything stopped," period, that is it. If the doctor does anything, he or she can be charged with assault at that stage. The common law is clear on that.

Senator DeWare: Otherwise they could say, "I would prefer to take enough medication to keep me comfortable"?

Mr. Lafrance: Sure. It would be the duty of the doctor to provide pain-relieving medication. We are advocating humane treatment. This is possible. People seem to forget there is a happy medium between killing patients and letting them die in horrible suffering. This happy medium is palliative care.

I hope you will invite Dr. Scott of Ottawa to appear. He is one of the leading specialists in Canada on palliative care. Dr. Scott is from the Elisabeth-Bruyère Health Centre and he is unbelievably good at presenting the specialty in which he works.

Senator Beaudoin: He has appeared before a committee of the Senate.

Mr. Lafrance: He appeared for Bill C-203. He could tell you a lot more about palliative care because he is the expert.

Senator DeWare: We have heard quite a few experts and their emphasis is that we need more facilities all across Canada. We need more money. More facilities need more money. We do not necessarily need specialists, but compassionate people trained in the field to help with counselling.

Mr. Lafrance: That is true. Palliative care is not very expensive because most palliative care centres are manned by volunteers who cost practically nothing. Administrative staff are needed and a core of professionals, but the vast majority of personnel is made up of volunteers, people who want to work to help patients in the last days or weeks of their existence.

Senator DeWare: Could an extramural hospital give the specialty care required in that field?

[Traduction]

M. Lafrance: Le Dr Kevorkian a recommandé la création d'une nouvelle spécialité qu'on appellerait la «nécrologie». Ce serait la spécialité du meurtre. Il serait bien triste qu'un jour on en arrive à avoir en médecine une spécialité appelée la «nécrologie», et des spécialistes, qui seraient des «nécrologues». J'espère que nous n'en arriverons jamais là. C'est tout ce que je peux dire à ce propos.

Le sénateur DeWare: Docteur Lafrance, prenons le cas d'un patient en phase terminale qui, avec une nouvelle séance de chimiothérapie pourrait avoir encore une chance, mais dont la famille fait pression; le patient se trouve devant un dilemme. Le médecin recommanderait fort probablement que l'on fasse tout ce qui peut être tenté. Quels choix le patient a-t-il?

M. Lafrance: Un patient qui a toutes ses facultés mentales peut refuser n'importe quoi. Il peut dire à son médecin «arrêtez tout», un point c'est tout, ça suffit. Si le médecin persiste, il peut alors être accusé de voies de fait. La jurisprudence en la matière est très claire.

Le sénateur DeWare: Autrement il pourrait dire: «Je préférerais qu'on me donne suffisamment de médicaments pour que je ne souffre pas»?

M. Lafrance: Bien sûr. Le médecin aurait le devoir de fournir des médicaments contre la douleur. Nous sommes pour le traitement humanitaire. C'est tout à fait possible. Les gens semblent oublier qu'il y a un juste milieu entre tuer les patients et les laisser mourir dans des souffrances horribles. Ce juste milieu, ce sont les soins palliatifs.

J'espère que vous inviterez le Dr Scott, d'Ottawa, à comparaître. Il est un des grands spécialistes des soins palliatifs au Canada. Il travaille au Centre hospitalier Elisabeth-Bruyère et il sait mieux que personne parler de sa spécialité.

Le sénateur Beaudoin: Il a déjà comparu à une autre occasion devant un comité du Sénat.

M. Lafrance: Il a témoigné à propos du projet de loi C-203. Il pourrait vous en dire beaucoup plus long sur les soins palliatifs, car c'est un expert.

Le sénateur DeWare: Nous avons entendu de nombreux experts et ils insistent tous sur le fait qu'il nous faut davantage d'établissements un peu partout au Canada. Il faut davantage d'argent. Davantage d'établissements, cela veut dire davantage d'argent. Il n'est pas indispensable d'avoir des spécialistes, mais plutôt des gens compatissants qui ont une formation en counselling.

M. Lafrance: C'est exact. Les soins palliatifs ne coûtent pas très cher puisque la plupart des centres fonctionnent grâce à des bénévoles qui ne coûtent presque rien. Il faut un soutien administratif et un petit groupe de professionnels, mais la très grande majorité du personnel sont des bénévoles, des gens qui veulent aider les patients à bien vivre leurs dernières semaines ou leurs derniers jours.

Le sénateur DeWare: Un hôpital externe pourrait-il donner les soins spécialisés nécessaires dans ce secteur?

[Texte]

Mr. Lafrance: I could easily see that happening. They could train people, visiting nurses and personnel of other types.

Senator DeWare: We found in New Brunswick that worked very well.

Mr. Lafrance: Yes, New Brunswick pioneered that field. That would be a very good way of going. It would be ideal. Many patients, such as the late Mrs. Kennedy, wish to die among their relatives at home. That would be a fantastic way of providing palliative care.

Senator Lavoie-Roux: You state that if doctors cannot cure, they should offer compassion and stay with the patient. At some other point you mention better training of physicians in order to control the pain and also give better palliative care.

Could you tell me if there is a change in the opinions of doctors in training, medical students, or even very young doctors and people who are of an older generation, let's say 45 and over? What type of training is given in the faculty of medicine in order to achieve the goal you are talking about? I do not know of many doctors who stay with their patients. Are there many doctors who stay with their patients to assist them in their last moments? They give them the care, I agree.

Mr. Lafrance: That is probably true, Senator Lavoie-Roux. Doctors probably do not always do what they should be doing. I am aiming here for what it should be and took the trouble to say what doctors should do. I am not saying that is always done, and probably it is not done nearly often enough. I would be the first to admit that. The solution is not to say "that cannot be done, let's kill the patients." The solution is to train physicians.

Senator Lavoie-Roux: Is it provided for in courses at the moment?

Mr. Lafrance: I am quite a few years away from medical school. I do not know. Probably Dr. Keon knows more and could answer that question better than I could.

Senator DeWare: May we ask you a question, Dr. Keon?

Senator Keon: May I bill OHIP?

For the record, yes. There are several medical schools now introducing palliative care into the curriculum.

Senator Lavoie-Roux: Therefore medical students are made more aware of this particular issue and how to deal with it. It seems to be important, because if we get into a generation gap, there is not much that people will be able to do in 10 or 15 years.

Mr. Lafrance: Unfortunately, many patients perceive their physicians as being more interested in high-tech medicine rather than providing true personal, compassionate care. I am not saying that this necessarily corresponds to the truth, but many patients perceive their doctors that way. There are still good doctors; the majority of them by far.

Senator Lavoie-Roux: That is true.

[Translation]

M. Lafrance: Ce serait tout à fait possible. On pourrait former des gens, des infirmières visitantes et d'autres types de personnel.

Le sénateur DeWare: Au Nouveau-Brunswick, nous avons pu constater que cela fonctionne très bien.

M. Lafrance: Oui, le Nouveau-Brunswick a fait oeuvre de pionnier dans ce domaine. Ce serait une très bonne solution. Une solution idéale. Beaucoup de patients, comme M^{me} Kennedy, souhaitent mourir chez eux, entourés de leur famille. Ce serait une façon extraordinaire de fournir des soins palliatifs.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous dites que si les médecins ne peuvent pas guérir, ils doivent faire preuve de compassion et rester auprès du patient. Vous dites ailleurs qu'il faudrait mieux former les médecins dans la maîtrise de la douleur et dans les soins palliatifs.

Pouvez-vous me dire si les attitudes ont changé dans les facultés de médecine, parmi les étudiants, ou même les très jeunes médecins, par rapport à la génération précédente, disons des 45 ans et plus? Les facultés de médecine donnent-elles une formation visant à atteindre les objectifs que vous mentionnez? Je ne connais pas beaucoup de médecins qui restent aux côtés de leurs patients. Y a-t-il beaucoup de médecins qui restent avec leurs patients pour les aider à vivre leurs derniers instants? C'est vrai, ils les soignent.

M. Lafrance: Vous avez sans doute raison, sénatrice Lavoie-Roux. Les médecins ne font probablement pas toujours ce qu'ils devraient. Je parle ici de ce qui devrait être et j'ai pris la peine d'expliquer ce que les médecins devraient faire. Je ne veux pas dire qu'ils le fassent toujours, et probablement qu'ils ne le font pas assez souvent. Je suis le premier à le reconnaître. La solution n'est pourtant pas de dire: «Ça n'est pas possible; tuons les patients.» La solution, c'est de former les médecins.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela est-il prévu dans le programme de médecine actuellement?

M. Lafrance: Cela fait bien longtemps que j'ai quitté l'école de médecine. Je l'ignore. Le D^r Keon est probablement mieux informé que moi et pourra sans doute répondre à votre question.

Le sénateur DeWare: Pouvons-nous vous poser une question, docteur Keon?

Le sénateur Keon: Puis-je facturer l'assurance-santé de l'Ontario?

Oui, plusieurs écoles de médecine ont maintenant inscrit les soins palliatifs au programme.

Le sénateur Lavoie-Roux: Par conséquent, les étudiants en médecine sont davantage conscients du problème et de ses solutions. Cela me paraît important, car si on manque une génération, on ne pourra pas faire grand-chose dans 10 ou 15 ans.

M. Lafrance: Malheureusement, bien des patients ont l'impression que leurs médecins sont davantage intéressés par la médecine technologique que par les soins personnels et humanisés. Je ne veux pas dire que ce soit nécessairement vrai, mais c'est l'impression qu'ont les patients. Il y a encore de bons médecins; c'est de loin la majorité.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est vrai.

[Text]

The Chairman: Doctor Lafrance, we thank you very much for your presentation to us today.

Mr. Lafrance: It has been my pleasure.

The committee recessed.

Upon resuming

The Chairman: Honourable senators, we are very pleased to have with us this evening Marilynne Seguin and Martin Campbell, who represent Dying With Dignity. We have received from them an extensive brief as well as some briefing notes which will help us to understand the message they are going to give us.

Dying With Dignity is a Canadian society, formed in 1980, concerned with the quality of dying.

I will ask you to explain your organization, your background and the position you are taking.

Ms Marilynne Seguin, Dying with Dignity: Thank you very much. Honourable senators, I wish to thank the Senate for undertaking the study of this most serious issue of euthanasia and assisted death. Dying With Dignity also thanks you for the opportunity of addressing this committee. Members have demonstrated great courage, in my estimation, by taking on what may be one of the most difficult subjects we will have to deal with in this century.

The debate over euthanasia and physician assisted death has suffered long delays; suffering which, I might add, has been endured by the most vulnerable in our society, those at the end of life, but also by others who are deeply affected by the ambiguity and uncertainty surrounding this issue, those being our health-care providers.

This is not an easy or a facile subject for anyone. The implications of our work are enormous for all Canadians and reflect directly on Canadian social values.

With the most able assistance of Mr. Martin Campbell, I hope I will be able to convey some of the urgency of this issue. Mr. Campbell has been working with health law concerns for many years and has been of great assistance to Dying With Dignity and myself in the role of counsellor and advocate for those at the end of life. He will address the legal and policy matters of our presentation.

My own experience comes from my work as a health-care provider. I am a registered nurse. I taught nursing for ten years, have worked in many of the specialties in the nursing and health care field, and since 1980 have been a counsellor advocate for hundreds of patients at the end of life and, I must add, for their families, friends and health-care providers.

Each of these groups have had to face enormous personal and professional struggles as we try to come to terms with the quality of living and dying in Canada in the 1990s.

[Traduction]

La présidente: Docteur Lafrance, nous vous remercions de cet exposé que vous nous avez fait aujourd'hui.

M. Lafrance: Tout le plaisir a été pour moi.

La séance est interrompue.

À la reprise

La présidente: Honorables sénateurs, nous avons le plaisir d'avoir parmi nous ce soir M^{me} Marilynne Seguin et M. Martin Campbell, qui représentent l'association Mourir dans la dignité. Ils nous ont fait parvenir un épais mémoire, ainsi que des notes d'information qui nous aideront à comprendre le point de vue qu'ils vont exprimer.

Mourir dans la dignité est une société canadienne, constituée en 1980, et qui s'intéresse à la qualité de la mort.

Je vais vous demander de nous présenter votre organisme, de nous en faire l'historique, et de nous exposer votre position.

M^{me} Marilynne Seguin, Mourir dans la dignité: Je vous remercie. Honorables sénateurs, je tiens tout d'abord à remercier le Sénat d'avoir entrepris une étude sur cette question extrêmement grave qu'est l'euthanasie et la mort assistée. Mourir dans la dignité vous remercie également de cette occasion qui lui est offerte de présenter son point de vue au comité. J'estime que les membres du comité ont fait preuve d'un grand courage en entreprenant une étude sur un des sujets parmi les plus difficiles dont nous aurons à débattre au cours de ce siècle.

Le débat sur l'euthanasie et la mort avec assistance médicale a souvent été reporté; il en est résulté une souffrance qu'ont dû supporter les plus vulnérables parmi nous, ceux qui arrivent au terme de leur vie, mais aussi tous ceux qui sont profondément concernés par l'ambiguïté et l'incertitude qui entoure la question, c'est-à-dire les prestataires de soins de santé.

C'est un sujet qui n'est facile pour personne. Votre travail aura des répercussions énormes pour tous les Canadiens et reflétera directement nos valeurs sociales.

Avec l'assistance extrêmement compétente de M. Martin Campbell, j'espère pouvoir vous donner le sentiment de l'urgence que présente cette question. M. Campbell travaille dans le domaine du droit de la santé depuis de nombreuses années et ses services de conseiller et de défenseur des personnes arrivées au terme de leur vie ont été extrêmement utiles à l'association Mourir dans la dignité, et à moi-même. Il abordera les aspects juridiques et les questions d'orientation politique.

Mon expérience vient de mon travail dans le domaine des soins de santé. Je suis infirmière. J'ai enseigné les sciences infirmières pendant une dizaine d'années, j'ai travaillé dans de nombreuses spécialités et dans le domaine des soins de santé, et depuis 1980, je suis conseillère et protectrice des intérêts de centaines de patients arrivés au terme de leur vie et, je dois l'ajouter, de leurs familles, amis et prestataires de soins.

Chacun de ces groupes a dû faire face à d'énormes dilemmes personnels et professionnels tandis que nous essayions de résoudre la question de la qualité de la vie et de la mort au Canada dans les années 1990.

[Texte]

Dying with Dignity has a membership of over 7,300. Many of these people have chosen to write letters to you to express their personal opinions on this. I will table these with the committee. They are not form letters. They are personal feelings expressed by people across the country and they may be valuable to read.

I would like to ask Mr. Campbell to proceed with the presentation of some of the facts in our brief. We do not intend to read it in total, as you have already had the opportunity to study it.

Mr. Martin Campbell, Dying with Dignity: Thank you very much, Madam Chair.

If you examine our brief you will see that there are two aspects to it. Apart from "Dying With Dignity — Who We Are", we give a number of reasons why we believe the present law should be changed to permit physician-assisted dying.

One of these reasons is to reduce hardship, primarily of the dying persons themselves, but also of the others in the circle who are affected by the present policy. The physician who wishes, out of compassion, to help a patient, may be subject to prosecution. Members of an individual's family may wish to be present with the dying person in the last moments in order that they may physically hold on to one another. We have had the case of Mrs. Kennedy recently. Her family made efforts to be with her.

In the present situation, the issue of physician-assisted dying and ways in which the full spectrum of options can be made available to a patient become clouded in silence because physicians are reluctant to speak on the issue.

The case of *Sue Rodriguez* shows how the present law discriminates against the disabled. I can commit suicide because I am physically able to do so, but someone who cannot, because of medical conditions or otherwise, is prohibited from making that choice.

On occasion, people who, for reasons of their own, wish to end their lives, will make an attempt to do so and do the job badly, causing even greater hardship and concern for their families. Until recently we have not had much open discussion of this issue. This lack of open discussion has made it very difficult to have any idea of the scope of the practice. We have a sense that if this law is changed, hardship may be reduced.

A second compelling reason is our respect for the sanctity of life. When we talk about the sanctity of life, we do not mean the physical fact of life, or the longevity of life, but rather the quality of life. We believe that life in its fullest sense means the right to make choices about major issues.

There are other compelling reasons why we believe the law should be changed, and they are set out in our brief.

[Translation]

Mourir dans la dignité compte plus de 7 300 membres. Beaucoup d'entre eux ont décidé de vous écrire pour exprimer leur point de vue personnel. Je dépose ces lettres devant votre comité. Ce ne sont pas des formulaires, mais des lettres où sont exprimés les sentiments personnels de gens d'un peu partout au Canada, et leur lecture pourrait vous être utile.

Je vais demander à M. Campbell de vous présenter maintenant quelques-uns des faits cités dans notre mémoire. Nous n'avons pas l'intention de vous le lire au complet, puisque vous avez déjà eu l'occasion de le faire.

M. Martin Campbell, Mourir dans la dignité: Je vous remercie, madame la présidente.

Si vous lisez notre mémoire, vous verrez qu'il comporte deux volets. Mis à part la présentation de notre association, nous donnons un certain nombre de raisons qui nous portent à penser que la loi actuelle doit être modifiée en vue d'autoriser la mort assistée médicalement.

Une de ces raisons, c'est que nous voulons atténuer la souffrance, surtout celle des mourants, mais aussi celle de tous ceux qui sont touchés par la politique actuelle. Le médecin qui, par compassion, souhaite venir en aide à son patient et qui risque des poursuites. Les membres de la famille qui souhaitent être auprès du mourant dans ses derniers instants afin de pouvoir le toucher physiquement. Nous avons vu récemment le cas de M^{me} Kennedy. Sa famille a tenu à être auprès d'elle.

Dans la situation actuelle, la question de la mort assistée médicalement et toute la gamme des options qui pourraient s'offrir aux patients sont cachés derrière un mur de silence parce que les médecins ont peur d'en parler.

Le cas de *Sue Rodriguez* montre à quel point la loi actuelle est discriminatoire à l'endroit des personnes handicapées. Je peux me suicider parce que j'en suis physiquement capable, mais une personne qui ne l'est pas, pour des raisons médicales ou autres, se voit interdire ce choix.

Il arrive que des personnes qui, pour des raisons qui les regardent, souhaitent mettre fin à leurs jours, tentent de se suicider et échouent, ce qui cause des difficultés et des inquiétudes encore plus grandes à leur famille. Jusqu'à récemment, on a rarement parlé ouvertement de la question. Cette absence de discussion franche ne permet pas de se faire une idée de l'étendue de la pratique. Nous avons le sentiment que si la loi était modifiée, cette souffrance serait réduite.

Une autre raison contraignante, c'est notre respect pour le caractère sacré de la vie. Quand nous parlons du caractère sacré de la vie, nous n'entendons pas la vie physique, ou sa durée, mais plutôt sa qualité. Nous estimons que la vie, au sens vrai du mot, c'est le droit de prendre des décisions sur les questions essentielles.

Il y a d'autres raisons contraignantes qui nous amènent à croire que la loi doit être modifiée, et nous les présentons dans notre mémoire.

[Text]

We have tried to respond to some of the arguments, pro and con. We talk about protection of the vulnerable. In our submission, the present law encourages what might be called an "underground", or the "non-reporting" of these events. We have tried to deal with these issues.

The second major aspect of our brief is our proposed guidelines. These guidelines are given for discussion if the hypothesis of a change in the law to permit physician-assisted dying is considered.

If the law were changed, what sorts of guidelines would we need to ensure that interests are balanced properly to protect the vulnerable, society, the patient, family and friends? We have suggested some guidelines which might be worth discussing to see precisely how that balance of protection could be achieved.

That, in a nutshell, is the basis of our legal and policy arguments. Our time may be better used by allowing Marilynne to give us some case histories and tell us of her hands-on experience with those at the end of life in order that you will have a sense of how Dying with Dignity operates.

You may be interested in one statistic which we have quoted. Of 100 people who phone Dying with Dignity with a very specific intention to commit suicide, perhaps only three will actually carry out that intention. Therefore, we are talking about a small group of people, even among those who make an active inquiry. But that small group of people represents a significant group of Canadians who, for one reason or another, are enduring pain, suffering, uncertainty or anxiety at a vulnerable stage of their life.

Marilynne will speak for a few minutes about her experience and the counselling process. Following that we should have plenty of time for questions.

Ms Seguin: As you may have read in our brief we receive, on average, 1,000 calls a month. Of those, 500 are inquiries about the end of life, either for themselves or for a member of their families. In the last few years, about 30 per cent of those calls have been initiated by health care providers. Doctors, nurses, social workers and chaplains are calling. When Dying with Dignity was formed in 1980, it was rare that a health care worker would call us, but this has gradually changed. Lawyers started to call us asking what they should do. Now, gradually, it is becoming the health care workers who feel they are caught in a great dilemma. I will talk more about that in a few moments.

You may wonder why the number of people who actually take their own lives or are assisted in taking their lives after calling us is so low. I think that is because of the way we handle our work.

[Traduction]

Nous avons essayé de répondre à certains des arguments avancés, pour ou contre. Nous parlons de la protection des êtres les plus vulnérables. Selon nous, la loi actuelle encourage ce qu'on pourrait appeler une activité souterraine, ou la non-déclaration de ces événements. Nous essayons d'en parler.

Le deuxième grand volet de notre mémoire, ce sont les lignes directrices que nous proposons. Elles sont présentées pour le cas où l'on envisagerait la possibilité de modifier la loi afin de permettre la mort avec l'assistance d'un médecin.

Si l'on modifiait la loi, quel genre de lignes directrices faudrait-il appliquer pour assurer un bon équilibre des intérêts et protéger les personnes vulnérables, la société, le malade, sa famille et ses amis? Nous avons proposé quelques lignes directrices qu'il sera peut-être intéressant d'analyser afin de déterminer précisément comment il est possible d'atteindre un tel équilibre en matière de protection.

Voilà, en résumé, les principes dont s'inspirent nos arguments juridiques et politiques. La meilleure façon de vous expliquer comment fonctionne Mourir dans la dignité est probablement de donner la parole à Marilynne pour qu'elle nous présente un certain nombre de cas et qu'elle nous raconte les expériences qu'elle a vécues auprès de personnes mourantes.

Nous avons cité une statistique qui saura peut-être vous intéresser. Sur 100 personnes qui appellent Mourir dans la dignité, avec l'intention précise de se suicider, seulement trois peut-être mettront leur projet à exécution. Il s'agit donc d'un petit nombre de personnes parmi celles qui font cette démarche. Cependant, même si ces personnes ne sont pas nombreuses, elles constituent un groupe significatif de Canadiens et Canadiennes qui, pour diverses raisons, vivent des moments de souffrance, d'incertitude ou d'inquiétude en traversant une période vulnérable de leur vie.

Marilynne va vous parler pendant quelques minutes de son expérience et du processus de counselling. Après quoi, il nous restera beaucoup de temps pour les questions.

M^{me} Seguin: Comme vous avez pu le lire dans notre mémoire, nous recevons en moyenne 1 000 appels par mois. Parmi tous ces appels, il y a en 500 qui émanent de personnes qui veulent se renseigner sur la mort, soit pour elles-mêmes, soit pour un membre de leur famille. Depuis quelques années, environ 30 p. 100 de ces appels proviennent du personnel soignant. Ce sont des médecins, des infirmières, des travailleurs et travailleuses sociales et des aumôniers qui nous appellent. Les choses ont changé peu à peu depuis 1980, date de la création de Mourir dans la dignité. À cette époque, il était rare en effet qu'un travailleur ou une travailleuse de la santé nous appelle. Les avocats ont commencé à nous appeler pour nous demander ce qu'ils devaient faire. Désormais, ce sont les travailleurs et travailleuses de la santé qui sont aux prises avec un grand dilemme. J'en parlerai dans quelques instants.

Vous vous demandez peut-être pourquoi, parmi toutes les personnes qui nous appellent, très peu se suicident, seules ou avec l'aide de quelqu'un d'autre. Je pense que cela s'explique par la façon dont nous faisons notre travail.

[Texte]

All calls are initially referred to me. I may involve other counsellors or advocates at some point. I like to speak to the individual face to face, preferably alone. I want to know what their concerns are and whether it is really their concern or the family's concerns. I then ask permission from the patient to speak with, first, their family; second, their physician; and third, if necessary, other health care workers. At that point I usually revisit the patient to see if I am clear and they are clear on their perception and my perception of the situation.

Quite often the issue is resolved at that spot because it was some misrepresentation or misperception that was occurring. In other words, the physician really was not in disagreement with the patient or the family really was not in disagreement, it was merely a matter of language and being overly sensitive to speaking words plainly.

I always tell people when they call Dying with Dignity that I will speak to you in plain, simple terms. You have called an organization called Dying with Dignity and, obviously, the subject of our discussion is about death. Therefore, let's not avoid it; let's deal with it directly. If a problem still exists at this stage, then we have to deal with that problem specifically. Often it is a patient who is in a facility of some sort — an hospice, hospital, palliative care centre — but that patient would really choose to go home to die. We are asked if we can arrange it. In other words, what can we do to put this into place for them? If we cannot get a professional group of people to support them, then can we put together a volunteer group of people to support them? Generally that is quite successful.

When the person feels that sense of control in that people have responded to their request and their needs to be with their family and to be at home, and so on, then the demand for physician-assisted dying is not an issue any more. They have achieved their goal. That is not always the situation, though. Sometimes people wish to persist in their request for either suicide or physician-assisted death. At that point it is my role to respect their opinion. If the physician or the other health-care workers are not on side with this, they may wish to have a competency evaluation; or they may wish to do a number of other things. Usually the patient or the person who is involved will agree, especially if they know they have the moral support of someone who is thinking very sympathetically and is in their corner.

That is the evolution of the process. It is not a quick decision. It is not something that happens readily or easily for anyone. Sometimes it is a matter that we do have to bring in legal counsel, or what have you, to sort things out and we will do that. In the long run, situations seem to resolve themselves once the patient is settled in the fact that they have the person in their corner who will look after their interests. We have to keep in mind that each of these people has their own value system and they have the right to choose. They have the freedom to choose how they wish their life to end.

[Translation]

Tous les appels que nous recevons sont d'abord aiguillés vers moi. Par la suite, je peux faire appel à d'autres conseillers ou intervenants. J'aime parler face à face avec la personne et de préférence, seul à seul. Je veux savoir quelles sont ses préoccupations et vérifier si ce sont bien les siennes plutôt que celles de sa famille. Ensuite, je demande la permission au patient de parler tout d'abord avec sa famille, deuxièmement à son médecin et troisièmement, si nécessaire, à d'autres membres de l'équipe soignante. À ce moment-là, je retourne généralement voir le patient pour m'assurer que ma perception et sa perception de la situation sont bien claires.

Très souvent, on peut régler le problème sur-le-champ, parce que la situation a été présentée ou perçue de manière erronée. Autrement dit, le médecin ou la famille n'était pas vraiment en désaccord avec le patient, ce n'était qu'une question de terminologie et une réaction exagérée à des réalités présentées de manière trop directe.

J'avertis toujours les gens qui appellent Mourir dans la dignité que je leur parlerai de manière simple et directe. S'ils ont appelé un organisme qui s'appelle Mourir dans la dignité, c'est évidemment parce qu'ils veulent parler de la mort. Par conséquent, il ne faut pas éviter le sujet, il faut l'aborder directement. S'il existe encore un problème à cette étape, il faut l'examiner expressément afin de le résoudre. C'est souvent ce qui arrive dans le cas d'un patient qui se trouve dans un établissement quelconque — hospice, hôpital ou centre de soins palliatifs — et qui préférerait mourir à la maison. On nous demande d'arranger cela. Autrement dit, que pouvons-nous faire pour aider le patient à trouver une solution à ce problème? S'il est impossible de trouver une équipe soignante qui peut l'aider, est-ce que nous pouvons mettre sur pied un groupe de bénévoles? Généralement, cela fonctionne assez bien.

Lorsque le patient est rassuré par le fait que sa demande a été prise en considération et que l'on a répondu à son désir de mourir chez lui et entouré de sa famille, son désir de mettre fin à ses jours avec l'aide d'un médecin devient secondaire. Il a atteint son but. Cependant, ce n'est pas toujours le cas. Il arrive parfois que certains patients continuent à vouloir se suicider ou à mourir avec l'aide d'un médecin. À ce moment-là, je dois respecter leur opinion. Si le médecin ou d'autres travailleurs de la santé ne sont pas d'accord, ils peuvent demander une évaluation des capacités mentales ou exiger d'autres choses. Généralement, le patient ou la personne concernée accepte, surtout s'ils savent qu'ils peuvent compter sur l'appui moral d'une personne qui pense comme eux et qui les appuie.

Voilà comment cela se passe. Il ne s'agit pas d'une décision rapide. Ce n'est ni facile ni immédiat pour personne. Parfois nous devons faire appel à un conseiller juridique ou à quelqu'un d'autre. En fin de compte, les diverses situations semblent se résoudre d'elles-mêmes une fois que les patients sont assurés d'avoir auprès d'eux quelqu'un qui veillera à leurs intérêts. Il ne faut pas oublier que toutes ces personnes ont leurs propres valeurs et qu'elles ont le droit de choisir. C'est à elles de décider comment elles veulent finir leur vie.

[Text]

I talk in the brief about young Joshua. Probably he is one of the most poignant cases for me because it was quite recent. Here was a young man, a medical student who was very knowledgeable. He had certainly researched his disease thoroughly. He knew what death would be like for him. He had an agenda that he wished to proceed with and he also knew that his family had very devout beliefs that may run into conflict with his wish to have his life ended before nature would take its course.

We worked throughout the summer. We had many discussions, walks, talks, and all sorts of things, until finally he felt that it was time for me to meet with his family to discuss this. I have described for you what the meeting was like with his family; that they were, as he said, very strong people. The brother was extremely angry with me when I first came into the house because he thought that I was encouraging his brother to kill himself. Joshua made it very clear that I was there to support him in his point of view and not to fight with the family.

The statement that his mother made, which I shall never forget, was, "After I watched my son suffer through these many months, I could not dare to say I still love him and refuse him this request." The father's anxiety was that he wanted to be there at the death of his son. He knew that a colleague physician of Joshua had agreed to help him with his death and that I would also be present to be a companion to him. Joshua was adamant that his family could not be present. He was not going to place them in a situation where they might feel in jeopardy from the law.

The father finally agreed and his death proceeded. The family came and collected his body, and so it went. I still meet with that family. Their grief was difficult in the beginning, but they are so proud of their son. They have such regard for him because he felt so deeply on this issue. To him it was his freedom to choose. If his family truly loved him, they would respect him. The physician also made his death very easy for him. He is just one of many cases. As I have said, there are many of them.

You may wonder at some point why I delay in these consultations with people. I have found that sometimes time takes care of the request for physician-assisted death. I like to give that time for situations to merge, for me to think about it and for them to think about it. I am not trying to be the power here, I am just trying to be the listener, the ears, the sounding board for people to express what their concerns are. They know I am not sitting there in judgment. I am not saying that this is right or wrong, good or bad. We may together come to some conclusion that this is "fitting" — and I use that word because it is very descriptive of someone's freedom to choose, in that they must decide and I must respect that opinion.

There are a couple of other things that I should like to mention. I know that it is not new to you. You have heard it from many people. Physician-assisted dying is happening in Canada now. The scope of how much is happening we cannot even imagine. I know that a great deal of it is going on. It is happening furtively

[Traduction]

Dans le mémoire, je raconte l'histoire du jeune Joshua. C'est probablement un des cas les plus poignants que j'ai connus, d'autant plus que cela s'est passé très récemment. Voilà un jeune homme, un étudiant en médecine qui savait énormément de choses. Il avait fait des recherches sur sa maladie. Il savait comment il mourrait. Il avait prévu dans le détail tout ce qu'il voulait faire et il savait également que sa famille avait des convictions religieuses qui iraient à l'encontre de son désir de mettre un terme à sa vie avant que son heure soit arrivée.

Nous avons travaillé ensemble tout l'été. Nous avons eu de nombreuses discussions, nous avons marché et parlé ensemble, jusqu'à ce qu'il sente finalement que le moment était venu d'en parler à sa famille. Je vous ai décrit la rencontre avec sa famille; je vous ai dit que c'était tous des gens très forts. Quand je suis arrivée chez eux, son frère était furieux contre moi parce qu'il pensait que j'encourageais Joshua à se suicider. Mais Joshua expliqua très clairement que j'étais là pour l'aider à exposer son point de vue et non pas pour confronter sa famille.

Je n'oublierai jamais ce qu'a dit sa mère: «Après avoir vu mon fils souffrir pendant tous ces mois, je ne pourrais pas dire que je l'aime si je lui refuse ce qu'il me demande là.» Son père voulait être à ses côtés lorsqu'il mourrait. Il savait qu'un collègue médecin de Joshua avait accepté de l'aider à mourir et que je serais également là pour l'accompagner. Joshua ne voulait absolument pas que sa famille soit présente au moment de sa mort. Il ne voulait pas les exposer à des problèmes avec la justice.

Son père a fini par donner son accord et Joshua a mis fin à ses jours. La famille est venue prendre son corps et les choses se sont passées normalement. Je continue à voir la famille de Joshua. Au début, ses parents avaient beaucoup de peine, mais ils sont très fiers de leur fils. Ils respectent beaucoup la détermination dont il a fait preuve dans cette affaire. Pour lui, c'était un acte de liberté. Il estimait que si sa famille l'aimait vraiment, elle respecterait sa volonté. Le médecin, de son côté, lui a permis d'avoir une mort douce. Mais Joshua, ce n'est qu'un cas parmi tant d'autres.

Vous vous demandez peut-être pourquoi je retarde volontairement ces consultations avec les gens. J'ai découvert qu'il faut laisser faire le temps et que parfois la mort assistée par un médecin cesse d'être le but recherché par le malade. J'estime qu'il est important de laisser les choses se décanter. Il faut du temps pour réfléchir, à moi comme aux autres. Moi, je ne veux rien imposer. Je suis tout simplement là pour écouter, pour refléter les préoccupations des gens que j'assiste. Ils savent que je ne les juge pas, que je ne suis pas là pour leur dire ce qui est bien ou mal. Ensemble, nous parvenons à la conclusion que telle solution est «appropriée». J'utilise ce terme parce qu'il décrit très bien la liberté de choix du malade. Le malade doit décider et moi je dois respecter sa décision.

J'aimerais par ailleurs souligner certains détails dont vous êtes certainement au courant, que de nombreuses personnes vous ont probablement rapportés. Le phénomène de la mort assistée par un médecin existe déjà au Canada. Il est même beaucoup plus répandu qu'on peut l'imaginer. Tout cela se fait en secret, ce qui a

[Texte]

in a closet. It leaves that person emotionally and sometimes physically abandoned and isolated at a time when they most deserve our love and caring.

However, I will tell you that every time I have spoken with a physician who has participated in this act, after the fact I have never had one doctor say to me, "I wish I had not done it." To the contrary, I usually hear that they are very saddened by it but that they feel a sense of satisfaction, of comfort, that they have met their patient's need to the final moment and done so with dignity and compassion.

I will leave it at this point and invite you to direct some questions to us. I would like to discuss the guidelines we have prepared and the rationale for those guidelines. I will leave it to you, Madam Chair, to decide when that should be.

The Chairman: Perhaps we could deal with some of the more general questions first and leave the guidelines to later in the session.

Senator Beaudoin, you have some questions?

Senator Beaudoin: My question is addressed to Mr. Campbell. You said at the beginning of your presentation that we have to change the Criminal Code as I understand, and you referred to assisted suicide.

I had the impression from your presentation that you disagree with the decision of the Supreme Court in the *Sue Rodriguez* case and that you favour the opinion of the four judges who are dissenting, more particularly Chief Justice Lamer who said that a person may commit suicide. A disabled person cannot perhaps do it. In the name of equality before the law, that person should have assistance to commit such suicide. I guess this is what you think.

My opinion is not definitive at this stage. After a few months, it will be. Would you then consider that there is such a right as the right to commit suicide? If there is such a right to commit suicide, is there is an obligation for another person to help somebody to commit suicide, in the name of equality before the law?

Mr. Campbell: I would like to give you a fast answer and then a more detailed answer. In essence, I think the minority decision of the Supreme Court of Canada was correct. However, the difficulty with the decision was that the issue of physician-assisted suicide, physician-assisted dying, is an immensely difficult one. You can see the complexity of the issues raised here. It is also an issue which takes some time to mature in people's minds. It is not something which lawyers particularly instantly accept as an error in our law.

Law, perhaps, along with medicine, has had a long history of protecting life in many, many ways. One fights for rights and so on.

[Translation]

pour effet de perturber émotionnellement le malade qui se trouve parfois isolé et abandonné au moment même où il aurait besoin de tout notre amour et de tous nos soins.

Permettez-moi cependant d'ajouter qu'aucun médecin ayant aidé un malade à mourir ne m'a jamais dit qu'il regrettait son geste. Au contraire, s'ils sont parfois tristes, les médecins éprouvent un sentiment de satisfaction et sont contents d'avoir pu répondre aux derniers besoins de leur patient avec dignité et compassion.

Je vais terminer ici et vous inviter à nous poser des questions. J'aimerais par ailleurs vous présenter les lignes directrices que nous avons établies et la raison d'être de ces lignes directrices. Je vais vous laisser, madame la présidente, le soin de décider à quel moment nous pourrions le faire.

La présidente: Nous allons peut-être passer aux questions plus générales et laisser les lignes directrices pour plus tard.

Sénateur Beaudoin, avez-vous des questions?

Le sénateur Beaudoin: Ma question s'adresse à M. Campbell. Au début de votre exposé, vous avez dit je crois qu'il faudrait modifier le Code criminel. Vous faisiez allusion au suicide assisté.

D'après ce que vous avez dit, j'ai l'impression que vous n'approuvez pas le jugement rendu par la Cour suprême dans l'affaire *Sue Rodriguez* et que vous partagez plutôt l'opinion des quatre juges dissidents, surtout le juge en chef Lamer qui affirme qu'une personne a le droit de se suicider. Puisqu'il peut arriver qu'une personne handicapée ne puisse pas le faire, tous les individus étant égaux devant la loi, il faut que cette personne bénéficie de l'aide de quelqu'un d'autre pour se suicider. Voilà, je crois, ce que vous pensez.

Pour le moment, mon opinion n'est pas arrêtée. Il me faudra quelques mois pour me décider. Pensez-vous que le suicide soit un droit? Si tel est le cas, une personne qui souhaite de suicider a-t-elle le droit d'exiger de se faire aider par quelqu'un d'autre, au nom de l'égalité devant la loi?

M. Campbell: J'aimerais vous donner en premier lieu une réponse rapide, puis une réponse plus détaillée. Je pense essentiellement que la décision minoritaire de la Cour suprême du Canada était bonne. Il faut reconnaître toutefois que la question du suicide assisté, de la mort assistée par un médecin, est une question extrêmement délicate. Vous pouvez imaginer la complexité de tous les enjeux. Par ailleurs, il faut du temps pour que cette question fasse son chemin dans l'esprit des gens. Les avocats en particulier ne sont pas prêts à reconnaître qu'il s'agit là d'une anomalie du droit.

Tout comme la médecine, le droit a servi de tout temps à protéger la vie. On lutte pour faire respecter ces droits, et cetera.

[Text]

The first point is that the *Sue Rodriguez* case is the case of one person coming before the court in a unique set of circumstances. It is not the best way in which large issues of public policy should be argued and resolved. Parliament is the better venue.

Second, in the minority decision, statements were made about the judges' perception of values. In the majority decision, they did not find good reasons for overturning the status quo. In the analysis itself, there tended to be an absence of debate about all of the issues.

The specific answer to your question, is there a legal obligation to assist somebody in committing suicide, is extremely difficult in this sense. In 1972 when Parliament removed the prohibition against suicide, I do not believe that the concept of physician-assisted suicide was in the minds of parliamentarians at all. It was a re-categorization of something which was criminal and which was essentially for the medical fraternity, not something for the criminal law sanction.

Therefore, the decriminalization of suicide was in effect an understanding that the Criminal Code could not properly respond to people. It was ascribed to the mental health system in the province. Under those circumstances, we do not have a law which specifically says, in effect, "You have a right to commit suicide." We have an absence of a prohibition. If we then say, "Does that mean an obligation has been created to help someone", you can argue, "No, not really." It is almost an accident of our law that there is no prohibition against suicide which we are now examining in the light of physician-assisted dying. I have given you quite an array there.

Senator Beaudoin: Do you want to decriminalize assisted suicide as it is now under the Criminal Code — obviously it is the case, five-four in the Supreme Court — as we have decriminalized to a certain extent abortion and as we have decriminalized the attempt to commit suicide?

I do not say that the three are in the same category. They are not. They are quite different.

Mr. Campbell: I understand.

Senator Beaudoin: However, do I understand from your presentation that you would suggest that this not be in the Criminal Code?

Mr. Campbell: The mechanism which Parliament chooses to regulate this issue can be the Criminal Code, but it need not be. The key concept is that there cannot be a blanket, absolute removal of the prohibition without some other statutory framework which would present to the public safeguards for vulnerable people; a process which could be followed, guidelines for physicians, protection for physicians from civil or criminal

[Traduction]

Le premier point, c'est que l'affaire *Sue Rodriguez* est celle d'une personne qui a demandé aux tribunaux de se prononcer sur son cas particulier. Ce n'est peut-être pas le meilleur moyen de débattre et de résoudre les grandes questions de politique publique. C'est plutôt au Parlement que cela doit se passer.

Deuxièmement, la décision minoritaire se fondait sur les valeurs des juges dissidents. Quant aux tenants de la décision majoritaire, ils n'ont pu trouver de bonnes raisons de modifier le statu quo. L'analyse elle-même semblait caractérisée par une absence de débat sur l'ensemble des enjeux.

C'est pourquoi, il est extrêmement difficile de vous répondre de manière précise lorsque vous demandez si la loi nous oblige à aider une personne à se suicider. Lorsque le Parlement a décidé, en 1972, que le suicide ne serait plus illégal, je ne crois pas que les parlementaires aient envisagé la possibilité d'un suicide assisté par un médecin. La modification de la loi visait tout simplement à changer la perception de ce qui était considéré jusque-là comme un acte criminel. C'est essentiellement pour les milieux médicaux que le suicide avait été placé dans cette catégorie. Il n'était pas question de l'assortir de sanctions criminelles.

Par conséquent, en décriminalisant le suicide, on reconnaissait en fait que le Code criminel ne répondait pas de manière adéquate aux besoins de la population. Dans la province, le suicide relevait de la catégorie des maladies mentales. En ce sens, nous n'avons pas une loi qui affirme le droit au suicide comme tel. Nous avons une absence d'interdiction. Est-ce que cela signifie que nous sommes dans l'obligation d'aider une personne qui souhaite se suicider? On peut très bien estimer que ce n'est pas le cas. C'est presque par accident, parce que le droit canadien n'interdit pas le suicide, que nous examinons aujourd'hui la question de la mort assistée par un médecin. Voilà, je vous livre tous ces commentaires en bloc.

Le sénateur Beaudoin: Voulez-vous que le suicide assisté cesse d'être considéré comme un crime aux termes du Code criminel — il semble que ce soit le cas, puisque les opinions sont partagées à cinq contre quatre à la Cour suprême — comme nous avons décriminalisé l'avortement dans une certaine mesure et la tentative de suicide?

Je ne prétends pas que tous ces actes appartiennent à la même catégorie. Ils sont tout à fait différents.

M. Campbell: Je comprends.

Le sénateur Beaudoin: Cependant, je crois comprendre, d'après votre exposé, que vous demandez que cette notion soit éliminée du Code criminel.

M. Campbell: Le Parlement peut très bien choisir un autre mécanisme que le Code criminel pour légiférer dans ce domaine. L'essentiel, c'est d'éviter de supprimer carrément l'interdiction sans offrir un cadre législatif proposant une protection publique pour les personnes vulnérables; un processus à suivre, des lignes directrices pour les médecins, la protection des médecins contre les poursuites civiles ou criminelles, et divers autres aspects que

[Texte]

suits, a variety of matters, many of which we have touched on in our guidelines. This is not something where there should be an absolute lifting of the sanction.

There must be the replacing of the sanction with a more subtle and more precise set guidelines, rules which would properly balance all of the interests at stake.

Senator Beaudoin: You want some parameters in the law.

Mr. Campbell: Absolutely.

Senator Beaudoin: But you want to have some form of euthanasia that is not now accepted by our system of laws.

Mr. Campbell: Yes.

Senator Beaudoin: It is in the name of compassion or dignity?

Mr. Campbell: In two names. Compassion, certainly, but most important, the concept of choice, the freedom of choice, the freedom to choose, to make decisions about one's life and one's death.

If one can consent to treatment and one can consent to refuse treatment, in a sense you are making a decision about the progress of a disease in your body. In our view, it is an extension.

Senator Beaudoin: But freedom of choice is possible when a person is conscious. But if a person is not conscious?

Mr. Campbell: In our submission, we are clear to suggest this should only be extended to those people who are competent or who, while competent, have given very clear instructions.

Senator Beaudoin: When you say "competent", medically competent? Conscious?

Mr. Campbell: Mentally competent, conscious, able to understand the nature and consequence of their act and the consequence of treatment, the consequence of refusing treatment.

Right now the law says no physician-assisted dying. Someone who is now incompetent could never, in the past, have been expected to anticipate this debate. How can you possibly apply a law to someone who is now incompetent? Surely we have to take this very gradually, very cautiously, and limit this to those people who are competent. By competency, I do not mean in a momentary depression, but someone who, over a period of time, has repeatedly expressed, where there are other medical grounds supporting their pain or suffering or whatever. It is not something which we approach as an absolutely unfettered right. There must be conditions for the exercise of that right.

[Translation]

nous avons abordés dans nos lignes directrices. Il ne s'agit pas d'éliminer complètement la sanction.

Il faut remplacer la sanction par un ensemble de lignes directrices plus subtiles et plus précises, des règles qui permettraient de trouver un juste équilibre entre tous les intérêts en jeu.

Le sénateur Beaudoin: Vous souhaitez que la loi contienne certains paramètres.

M. Campbell: Absolument.

Le sénateur Beaudoin: Mais vous réclamez une certaine forme d'euthanasie que notre droit ne reconnaît pas actuellement.

M. Campbell: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Est-ce que c'est pour des raisons de compassion ou de dignité?

M. Campbell: Les deux. C'est certainement par compassion, mais surtout pour le principe du choix, la liberté de choisir, la liberté pour chacun de prendre des décisions quant à sa vie et sa mort.

Une personne qui décide d'accepter ou de refuser un traitement, on prend une décision relativement à l'évolution de la maladie dans son organisme. À notre avis, ce que nous demandons n'est que le prolongement de cette liberté.

Le sénateur Beaudoin: Mais on ne peut exercer sa liberté de choix que si l'on est conscient. Que se passe-t-il dans le cas d'une personne inconsciente?

M. Campbell: Dans notre mémoire, nous disons clairement que ce droit ne devrait être accordé qu'aux personnes qui ont toutes leurs capacités ou qui ont donné des instructions très précises lorsqu'elles jouissaient de toutes leurs facultés.

Le sénateur Beaudoin: Quand vous parlez de «capacités», est-ce que vous pensez que le malade doit être médicalement capable? Conscient?

M. Campbell: Mentalement capable, conscient, capable de comprendre la nature et les conséquences de son acte; la conséquence que peut avoir son acceptation ou son refus du traitement.

Actuellement la loi interdit carrément aux médecins d'aider leurs patients à mourir. On ne peut pas s'attendre à ce qu'une personne souffrant d'incapacité mentale prenne position dans ce débat. Comment peut-on songer à appliquer la loi à une personne actuellement incapable? Il convient d'aborder cette question de manière très progressive et avec une grande prudence et de réserver cette possibilité aux personnes jouissant de toutes leurs capacités. Il ne faut pas que ce soit un désir manifesté au cours d'une dépression momentanée, mais d'une décision mûrie et répétée, prise par une personne dont l'existence est marquée par des souffrances causées par des troubles biologiques. Nous ne réclamons pas un droit inconditionnel. Nous affirmons au contraire qu'il faudrait que l'exercice de ce droit soit assorti de conditions.

[Text]

Senator Perrault: In the much-publicized *Sue Rodriguez* case, one of her doctors is quoted as having said in a newspaper that he could not support the action taken. She was resting comfortably. Modern drugs were providing her with a highly livable situation. He was very much in disagreement with that decision. What are your views on that?

Mr. Campbell: On the doctor's assessment or —

Senator Perrault: Her doctor's assessment was that the action was premature, that she was comfortable as a result of modern technical advancement of medical science.

How would you approach the situation?

Mr. Campbell: There are several aspects to that. One of the answers to that is to ensure that any physician who is invited to participate, should not do so over his or her objections, however based.

Second, while the physician might express concern over the choice that she made, it still seems to me that the issue is really her choice as opposed to her physician's choice.

It may be a distinction in the legal background from the medical background. Legal practitioners will, in effect, respect the wishes of the client. My client may wish to leave all their money to a cat, and I can say, "Fine, what's the name of your cat," and I will write the will and so on. A doctor might say, "Are you sure you want to leave all your money to your cat? Let's talk to my colleague down the corridor about your cat."

I am not certain that the physician has the right to overrule the patient or to even try to influence them in that way, in a press report or elsewhere. If the physician is imposing his or her views on the patient, that is a very difficult circumstance and perhaps suggests why Marilynne's organization receives calls from people who cannot openly discuss this issue with some of their physicians.

Senator Perrault: My sister died from ALS, so I know how horrible and terrible it is. It is beyond description. I am sure you have many cases of that kind.

In the case of Sue Rodriguez, Mr. Robinson is quoted as having said she ate a hearty meal a couple of days before the decision was taken. Knowing how my sister was, I cannot envisage her eating a hearty meal two days within this procedure.

I am not being critical. I am most sympathetic to her, but there are other factors here.

We had some riveting testimony earlier in the committee work about the case of a Dutch girl. I think she was 18 years of age. She had long-time bulimia and anorexia, as well as a host of psychiatric problems. She pleaded with the doctor to end her life, and he cooperated. It became a very controversial case in Holland. Perhaps you know of that.

Ms Seguin: Yes, I do.

[Traduction]

Le sénateur Perrault: L'affaire *Sue Rodriguez* a fait couler beaucoup d'encre. Un de ses médecins a déclaré dans un journal qu'il n'était pas d'accord avec la décision qu'elle a prise, estimant qu'elle ne souffrait pas et que les médicaments modernes lui permettaient de vivre de manière très acceptable. Il s'est prononcé tout à fait contre sa décision. Qu'en pensez-vous?

M. Campbell: De l'opinion du médecin ou...

Le sénateur Perrault: De l'opinion du médecin estimant qu'une telle décision était prématurée, étant donné que les progrès techniques de la médecine garantissaient à la malade un certain confort.

M. Campbell: Il y a plusieurs facettes à votre question. La première, c'est qu'aucun médecin ne doit agir à l'encontre de ses convictions, quelles qu'elles soient.

Deuxièmement, le médecin peut ne pas être d'accord avec le choix qu'elle a fait, mais il n'en reste pas moins que c'était à elle de décider et non pas à son médecin.

Il y a divergence d'opinion entre les praticiens de la médecine et les avocats. Les avocats respectent les désirs de leurs clients. Si un client souhaite léguer tout son patrimoine à son chat, je ne peux qu'acquiescer et rédiger son testament en ce sens. Un médecin, de son côté, pourrait rétorquer: «Êtes-vous sûr de bien vouloir léguer tout votre argent à votre chat? Venez avec moi, nous allons en discuter avec mon collègue.»

Je ne suis pas certain que le médecin ait le droit d'aller à l'encontre de la volonté de son patient ou même de tenter de l'influencer de cette manière en faisant une déclaration de ce type dans la presse. La situation se complique énormément dès lors que le médecin cherche à imposer son point de vue au patient et c'est peut-être la raison pour laquelle un organisme comme celui de Marilynne reçoit des appels de personnes qui ne peuvent pas parler ouvertement de ce problème avec leurs médecins.

Le sénateur Perrault: Ma soeur est morte des suites de SLA. Je connais donc cette affreuse maladie. Je suis certain que vous connaissez également de nombreux cas de ce type.

Dans le cas de Sue Rodriguez, M. Robinson a déclaré qu'elle avait mangé un bon repas quelques jours avant de prendre sa décision. Ayant assisté à l'agonie de ma soeur, je ne peux pas imaginer qu'elle puisse faire un bon repas deux jours avant de mourir.

Ce n'est pas pour la critiquer, car j'ai beaucoup de sympathie pour elle, mais il y a d'autres éléments à prendre en compte ici.

Le comité a entendu un témoignage troublant sur le cas d'une jeune Hollandaise de 18 ans, je crois. Elle souffrait depuis longtemps de boulimie et d'anorexie ainsi que de toutes sortes de problèmes psychiatriques. Elle a supplié son médecin de l'aider à mettre fin à ses jours et il a accepté. Cela a soulevé toute une controverse en Hollande. Vous en avez peut-être entendu parler.

M^{me} Seguin: En effet.

[Texte]

Senator Perrault: If a Canadian girl had gone to you and said, "Look, I want to end my life," how would you have handled that case? Again, this is not confrontational. I am seeking information from you. You always have a feeling that if she is 18 years of age, there is probably some way we can find to restore her to good health again, mentally and physically.

Ms Seguin: Yes. I find it very difficult to counsel people who I believe are in a case of mental disorder. We have to realize that anorexia and a lot of these conditions do involve an element of psychological disorder.

If you asked me how I would personally handle that case, I would not have supported her wish for physician-assisted death. Having said that, I know the doctors and the lawyers and so on who were involved in that case. I know them very well as friends and colleagues. I have great respect for them. I think it would be presumptuous of me to second guess them in that specific case.

I was involved in the planning of that film, and, as a matter of fact, I suggested to the producers that they not allow that one to go into the film and that they not allow the Down's syndrome cases to go into the film. I thought it was going to confuse the issue. They said, "No. We went to Holland to find the truth, and this is part of the truth, and we are going to tell this story." I think it would have been easier for us to swallow a lot of that information if we had not had those cases to compare it with.

I would just like to make a brief comment on Mr. Robinson's statement that Sue Rodriguez ate a hearty meal. I have been at the bedside of many people who died with Lou Gehrig's disease, including one in my own family. I cannot really accept the idea that she ate a hearty meal in the concept that we think of a hearty meal, a salad and a main course and so on.

Senator Perrault: Dessert and parfait.

Ms Seguin: I think he may have meant that in the perspective of the type of meal that would have been a generous meal for her.

Senator Perrault: By the standard of the patient.

Ms Seguin: By the standard of the patient, yes. Maybe I am putting words in his mouth, and I should not do that, but I do know what you are saying.

Senator Perrault: I know my sister's condition. Her fingertips were barely operating.

Ms Seguin: Yes. As I say, in my own family, I have had these patients and nursed them and taken care of their physical needs and all the rest of it. It is very hard to visualize that Sue Rodriguez, in the physical state she was in at the time of her death, could have eaten a hearty meal.

Senator Perrault: Thank you.

[Translation]

Le sénateur Perrault: Si une jeune Canadienne vous demandait de l'aider à mettre fin à ses jours, quelle serait votre réaction? Je précise encore une fois que je ne cherche pas à vous provoquer, mais plutôt à savoir ce que vous en pensez. On imagine toujours qu'une personne de 18 ans trouvera certainement un moyen de recouvrer une bonne santé mentale et physique.

M^{me} Seguin: C'est exact. Je pense qu'il est très difficile de conseiller des personnes qui, à mon avis, souffrent de troubles mentaux. Il faut savoir que des maladies comme l'anorexie sont liées à des troubles psychologiques.

Si vous voulez savoir ce que j'aurais fait personnellement dans ce cas-là, je ne l'aurais pas soutenue dans sa décision de mourir avec l'aide d'un médecin. Cela dit, je connais les gens — médecins, avocats et autres — qui ont été mêlés à cette affaire. Ce sont des amis et des collègues que je connais bien, et que je respecte énormément. Je pense qu'il serait présomptueux de ma part d'essayer de comprendre leurs motivations après coup.

J'ai participé à la préparation de ce film; en fait, j'avais suggéré aux producteurs de ne pas permettre que ce cas y soit présenté, pas plus que le cas de personnes atteintes du syndrome de Down. Il me semblait que cela ne pourrait que compliquer les choses. Mais ils m'ont répondu: «Non. Nous sommes allés jusqu'en Hollande pour découvrir la vérité, et cette histoire fait partie de la vérité. Nous allons donc la raconter.» Je pense qu'une bonne partie de ces renseignements auraient été plus faciles à avaler si nous n'avions pas pu faire des comparaisons avec ces autres cas.

Je voudrais aussi faire un bref commentaire au sujet de la déclaration de M. Robinson sur le fait que Sue Rodriguez a pris un bon repas. Je me suis déjà trouvée au chevet de bien des mourants atteints de la maladie de Lou Gehrig, dont un dans ma propre famille. Je ne peux vraiment pas croire que M^{me} Rodriguez ait pu manger un bon repas, au sens où nous l'entendons habituellement, c'est-à-dire une salade, un plat principal et ainsi de suite.

Le sénateur Perrault: Avec dessert et café.

M^{me} Seguin: Je pense qu'il a voulu dire qu'elle a bien mangé, compte tenu de son état.

Le sénateur Perrault: Pour une malade.

M^{me} Seguin: Oui, pour une malade. Je lui fais peut-être dire des choses qu'il n'a pas dites, ce que je ne devrais pas faire, mais je comprends ce que vous voulez dire.

Le sénateur Perrault: Je me rappelle dans quel état était ma sœur. Elle pouvait difficilement bouger le bout de ses doigts.

M^{me} Seguin: Oui. Comme je l'ai dit, j'ai déjà eu à soigner des malades de ce genre dans ma propre famille, à répondre à leurs besoins physiques et tout le reste. Il est très difficile d'imaginer que Sue Rodriguez, dans l'état physique où elle se trouvait au moment de sa mort, ait pu manger un bon repas.

Le sénateur Perrault: Merci.

[Text]

Senator Lavoie-Roux: In your executive summary, you say that Dying with Dignity is concerned that the present prohibition against assisted dying in Canada creates extreme hardship for the dying, their family and friends. I wonder if you could qualify to whom the hardship applies.

I am quite sympathetic to the hardship that the dying person might face, but the hardship that the family or the friends might face is a different matter. I think we should respond to the needs of the person, not to the needs of the environment in that sense.

Mr. Campbell: The executive summary is, regrettably, a summary, and it does not fully deal with all of the issues. If you look perhaps at page 7 of our brief, we have set out in more detail the type of hardship which we contemplate when we think of the hardship suffered by family and friends.

I agree that we have very little concern about the hardship suffered by family and friends, in the sense of their grief or their desire for economic or greedy reasons to see an early end to someone. I do not mean that form of hardship.

We mean the hardship which is suffered by the family of Joshua, for example, who, because of fear of prosecution, could not attend in the final moments of their son's life. We have, as I mentioned in my earlier statement, the example of Mrs. Kennedy who chose to return home to be with her family. The presence of family, particularly touch, is extremely important, not only for the dying person but also to assist the family in grieving.

It is in that sense we mean hardship, certainly not in terms of the difficulty the family might have in coming to terms with the death. That is not really something which should drive the policy in this matter.

Senator Lavoie-Roux: I suppose I referred to the executive summary because it is faster.

You said Dying with Dignity strongly supports the right of a competent dying person to choose the time and manner of their death. You have already touched upon what you meant by competent in terms of not having any severe mental problem or dysfunctional mental health. You say that the present law should be changed only with respect to those who are mentally competent.

Would legalizing physician-assisted death not lead to the much feared slippery slope that certain people would have the right to help others die? Who is to stop these people from making the decision for others who are unable to express their wishes, such as the handicapped and the newborn? Where would you draw the line in the area of competence?

Mr. Campbell: You have touched on perhaps one of the most difficult issues in terms of policy when you mentioned the words

[Traduction]

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous dites dans votre résumé que le mouvement Mourir dans la dignité estime que l'interdiction qui pèse actuellement sur la mort assistée au Canada entraîne des difficultés extrêmes pour les mourants, leur famille et leurs amis. Pourriez-vous nous parler un peu de ces difficultés?

Je comprends très bien les difficultés que peut connaître un mourant, mais pour la famille ou les amis, c'est bien différent. Je pense que nous devons répondre aux besoins des mourants, pas à ceux de leur entourage.

M. Campbell: Le résumé n'est malheureusement que cela, un résumé, et il ne rend pas compte de tous les aspects de la question. Mais si vous allez voir à la page 7 de notre mémoire, vous constaterez que nous y expliquons plus en détail à quoi nous songeons quand nous parlons des difficultés qu'éprouvent la famille et les amis.

Il est certain que nous n'attachons vraiment pas beaucoup d'importance aux difficultés que peuvent connaître la famille et les amis, si on entend par là leur peine ou leur désir de voir quelqu'un mourir prématurément, pour des raisons économiques ou par cupidité par exemple. Ce n'est pas de ce genre de difficultés que nous voulons parler.

Nous pensons par exemple aux difficultés des parents de Joshua, qui n'ont pas pu assister aux derniers moments de leur fils parce qu'ils avaient peur d'être poursuivis. Il y a aussi, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration préliminaire, le cas de M^{me} Kennedy, qui a choisi de retourner chez elle pour être avec les siens. La présence de la famille, et surtout les contacts physiques avec les proches, sont extrêmement importants, non seulement pour le mourant, mais aussi pour faciliter le deuil de la famille.

C'est dans ce sens-là que nous parlons de difficultés, et certainement pas parce que la famille pourrait avoir du mal à accepter cette mort. Ce n'est pas vraiment un élément qui devrait influencer sur la politique à ce sujet.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous ai cité le résumé parce que cela allait plus vite, je suppose.

Vous avez dit que le mouvement Mourir dans la dignité appuie sans réserve le droit, pour une personne qui en a la capacité, de choisir quand et comment elle veut mourir. Vous avez déjà expliqué brièvement ce que vous entendez par «capacité», c'est-à-dire l'absence de troubles mentaux graves ou de dysfonctionnement mental. Vous dites que la loi actuelle ne devrait être modifiée que pour les personnes qui jouissent de cette capacité.

Est-ce que la mort médicalement assistée ne pourrait pas nous entraîner sur un terrain glissant, comme bien des gens le craignent, en ce sens que certaines personnes auraient le droit d'en aider d'autres à mourir? Qui pourrait empêcher ces gens de prendre une décision pour ceux qui ne sont pas capables d'exprimer leur volonté, par exemple des personnes handicapées et des nouveaux-nés? Où traceriez-vous la ligne sur cette question de la capacité?

M. Campbell: Vous soulevez là une des questions les plus difficiles à résoudre, en termes de politique, quand vous parlez de

[Texte]

“slippery slope”. Let me try to divide the answer into a couple of points.

When we speak of competency, we mean someone who is able to understand what they are about; who is able to understand the consequences of refusing treatment, or of accepting certain types of treatment. It may be that in certain types of diseases, individuals will drift in and out of competency. Ultimately the decision may be the physician's, and a heavy burden is placed on the physician in these circumstances to determine to what extent someone can make that sort of choice.

With respect to these sorts of decisions being made by an infant, a person who has never been competent, or someone who, when competent, never expressed any desire or intention, and is now incompetent or drifting in and out of competence, in our view it would be premature to apply the law to them. This is, in a sense, new territory for Canada. Until there is some experience with this type of situation, perhaps over the next five to ten years, it would not be safe, in our view, for those people who are vulnerable to be, in a sense, lumped into a large category. Any law should limit the types of people who can avail themselves of this process, and be limited to those people who are competent.

The second issue is the “slippery-slope” issue. The larger issue is: Will the acceptance of a policy wherein killing a patient is acceptable, and indeed becomes normal, lead to cheapening of the notion of life in our society? Will it lead to pressure on people to end their life early for a variety of reasons — economic, burden on the family, and so on.

Quite frankly it is a bit of a leap into the unknown. We really have no precedent. We can draw analogies from other circumstances which we have touched on in the brief, such as abortion and divorce. Again, not to equate them, but it was found that when divorce was opened up and abortion was decriminalized, there was an increase in the frequency level and then it tended to level off. Clearly there might well be a situation where the incidence of physician-assisted dying will reach a certain level, perhaps three out of 100 or whatever, and then level off. If it increases, perhaps Parliament will have to look at it again and determine whether they had taken the right step.

The “slippery-slope” argument is not one to which you can give a definitive yes or no answer. All you can do is give the best estimate based on analogies from other areas.

Senator Lavoie-Roux: If for the time being the law were to be liberalized, it would apply, in your eyes, only to people who were at one point competent, even though they might have fallen into incompetence because of the illness or whatever, and had expressed the wish. It would be more along the lines of the

[Translation]

«terrain glissant». Permettez-moi de vous donner une réponse en deux ou trois volets.

Quand nous employons le terme «capacité», nous pensons aux gens qui sont capables de comprendre ce qui se passe, et d'évaluer les conséquences de leurs décisions s'ils refusent tout traitement ou s'ils acceptent certains types de traitement. Il arrive que des malades souffrant de certaines maladies n'aient cette capacité que de façon intermittente. Il serait possible que le médecin soit alors appelé à prendre la décision, ce qui lui imposerait dans ces circonstances un fardeau très lourd puisqu'il devrait déterminer dans quelle mesure le malade pourrait faire un choix de ce genre.

Pour ce qui est des décisions qui pourraient être prises au nom d'un bébé, d'une personne qui n'a jamais eu cette capacité ou d'une autre qui, quand elle l'avait, n'a jamais exprimé de désir ou d'intention de ce genre et qui n'est maintenant plus en possession de ses moyens que de manière intermittente, il serait prématuré à notre avis que la loi les autorise. Il s'agit en un sens d'un terrain inconnu au Canada. Tant que nous n'aurons pas une certaine expérience de ce genre de situation, peut-être d'ici cinq ou dix ans, il ne serait pas sage, à notre avis, que ces personnes particulièrement vulnérables soient toutes mises dans le même sac, en un sens. La loi ne devrait s'appliquer qu'aux personnes qui sont capables d'avoir recours à ce processus en pleine connaissance de cause.

La deuxième question est celle du «terrain glissant». La question plus générale qu'il faut se poser est la suivante: en acceptant une politique selon laquelle il serait admissible — et même normal, après un certain temps — de tuer un patient, risquons-nous de déprécier la vie dans notre société? Risquons-nous d'inciter les gens à mettre fin à leurs jours prématurément pour toutes sortes de raisons, par exemple pour des motifs économiques ou parce qu'ils sont un fardeau pour leur famille?

Bien franchement, nous n'en savons rien. Il n'y a vraiment pas de précédent. Nous pouvons établir des parallèles avec d'autres phénomènes de société dont nous avons parlé brièvement dans notre mémoire, par exemple l'avortement et le divorce. Encore une fois, ce n'est pas la même chose, mais on constate que, quand le divorce a été libéralisé et que l'avortement a été décriminalisé, leur fréquence a augmenté pendant un certain temps et s'est ensuite stabilisée. Il est donc fort possible que le nombre de morts médicalement assistées atteigne un certain plafond, peut-être trois sur cent ou quelque chose du genre, et se stabilise par la suite. S'il augmente véritablement, le Parlement pourrait devoir réexaminer la question pour déterminer s'il a eu raison d'adopter cette mesure.

Il n'est pas possible de répondre avec certitude, par un oui ou par un non, à l'argument relatif au «terrain glissant». Tout ce que nous pouvons faire, ce sont des prévisions aussi précises que possible en nous fondant sur ce qui s'est passé dans d'autres domaines.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si la loi était libéralisée, elle ne devrait s'appliquer pour le moment, d'après vous, qu'aux personnes qui seraient capables de prendre la décision nécessaire à un moment donné, même si elles ne devaient plus l'être par la suite à cause de leur maladie ou pour une autre raison, et qui

[Text]

living will, although they do not have that kind of provision in living wills right now. Living wills are usually made by people who are competent. No one would act immediately; there would be, for example, a lapse of five days, which could be shortened, extended or whatever.

Mr. Campbell: The guidelines we have contemplated set out some of the criteria one would wish to apply. If the Chair is willing, we could perhaps talk about the guidelines, unless there are other questions on the substance.

Senator Lavoie-Roux: Madam Seguin, you said that you receive 1,000 calls a month, I believe.

Senator Perrault: That is a lot of unhappy people.

Senator Lavoie-Roux: Who would be the ones whom you would reject, not in terms of what we generally understand by "rejection" but to whom you feel your services could not be applied?

Ms Seguin: Just to make it clear here, we receive 1,000 calls per month. Half of these calls are from people who wish to talk to someone about the end of their life. There we are really talking here about 500 calls dealing with the end-of-life issue. The other calls are from the media, or from this and that, in other words business calls.

I would not agree to meet with someone, for instance, who is 16 years old and has just broken up with their boyfriend and wants to die.

Senator Lavoie-Roux: That should take care of itself, anyway.

Ms Seguin: I send them a big hug over the telephone and suggest they go and put their head on mummy's shoulder and have a good cry; not to be facetious, as these matter are serious when you are 16 years old, or perhaps when you are 60, too, I do not know. There are some situations that I feel we are not there to deal with. That is why I like to meet with people face to face. In order to conserve time and our resources, because our financial resources are minimal, I try to arrange for these people to come to the office for a talk. If they cannot come, I will go to their home. I want to see the person to whom I am talking. I want to know that when they tell me they are suffering seriously from osteoporosis, or one thing and another or, as I mentioned elsewhere, "the itching is so bad I can't stand it" that it is a reality and that it deserves full consideration.

I refer people with psychiatric disorders to other people who are more capable of dealing with those areas. I try to set up some counselling for them, and so on. If, at the end of that period of counselling, two or three years, the doctor agrees with me that they are still in a state of chronic illness which is irrecoverable, I believe that we must listen to that person as to whether or not this is still a problem.

[Traduction]

auraient exprimé cette volonté. Ce serait un peu comme un testament euthanasique, même si on ne retrouve actuellement pas de dispositions de ce genre dans les testaments euthanasiques, qui sont habituellement faits par des gens en possession de leurs moyens. Personne n'agirait immédiatement; il pourrait y avoir par exemple un délai de cinq jours, qui pourrait être raccourci ou rallongé.

M. Campbell: Les directives que nous envisageons font état des critères qu'il faudrait appliquer. Si la présidente est d'accord, nous pouvons parler de ces directives, à moins que les membres du comité aient d'autres questions à poser quant au fond.

Le sénateur Lavoie-Roux: Madame Seguin, vous dites que vous recevez 1 000 appels par mois, n'est-ce pas?

Le sénateur Perrault: Cela fait beaucoup de gens malheureux.

Le sénateur Lavoie-Roux: Parmi tous ces gens, quels sont ceux que vous rejetez, pas au sens qu'on donne généralement au terme «rejeter», mais quels sont ceux auxquels vous jugez que vos services ne s'appliquent pas?

Mme Seguin: Je tiens à préciser que, si nous recevons effectivement 1 000 appels par mois, la moitié environ viennent de gens qui veulent parler à quelqu'un de la possibilité de mettre fin à leurs jours. Il y a donc en réalité à peu près 500 appels qui portent sur cette question. Les autres nous viennent des médias et de toutes sortes d'autres personnes; en un mot, ce sont des appels d'affaires.

Je n'accepterais pas de rencontrer par exemple une jeune fille de 16 ans qui vient de rompre avec son petit ami et qui veut mourir.

Le sénateur Lavoie-Roux: Les choses devraient se tasser d'elles-mêmes de toute façon.

Mme Seguin: Je l'embrasserais très fort par téléphone et je lui conseillerais d'aller pleurer un bon coup sur l'épaule de sa mère; il n'y a pas de quoi rire, parce que ces choses-là sont très sérieuses quand on a 16 ans — et peut-être aussi quand on en a 60, je n'en sais rien — mais nous ne sommes pas là, à mon avis, pour nous occuper des cas de ce genre. C'est pour cela que j'aime rencontrer les gens face à face. Pour éviter de gaspiller notre temps et notre argent, puisque nos ressources financières sont très limitées, j'essaie de m'organiser pour qu'ils viennent me rencontrer au bureau. S'ils ne peuvent pas, je me rends chez eux. Je veux voir à qui j'ai affaire. Je veux être certaine, quand une femme me dit par exemple qu'elle souffre sérieusement d'ostéoporose ou de quelque chose du genre, ou que, comme je l'ai déjà mentionné, «ça pique tellement que c'en est insupportable», que c'est bien vrai et que la situation mérite considération.

Je dirige les gens qui souffrent de troubles psychiatriques vers d'autres personnes plus compétentes que moi pour s'occuper de cas de ce genre. J'essaie de leur trouver du counseling, par exemple. Et si, à la fin de la période de counseling, par exemple après deux ou trois ans, leur médecin est d'avis, et moi aussi, que ces gens souffrent encore d'une maladie chronique et n'ont aucune chance de recouvrer la santé, alors je pense que nous

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: From your 500 cases left from the 1,000, how many would you say are real assisted-suicide candidates?

Ms Seguin: Approximately 3 per cent actually take their own life or have a physician assist them in taking their life. People go into different gradations of that process. For instance, we may find that we can get good palliative care for them or arrange a family reconciliation, or some other solution. We have to look at all the alternatives. It is extremely important that we address all the other options and look at all the physical and spiritual needs, and so on. If at the end of that time we come to the same conclusion, that it is justifiable or fitting, I will certainly support them.

I cannot give you precise figures. Only in one year did I keep actual statistics. My life is so busy these days that I do not have time to chart them out. One of these days I would like to do so, but for obvious reasons I do not keep detailed records on many of the cases.

Senator Lavoie-Roux: Do you believe that if better and more palliative care services were available, say, around Toronto, it would decrease the calls that are addressed directly to you? There will always be the 3 per cent. Either we can look at palliative care as an important recourse or we can look the other way, that palliative care is deficient, nonexistent and so on.

Ms Seguin: I have to be honest with you and tell you that I believe palliative care is a superb service. I work with palliative care committees in hospices. I am very dedicated to that, but this is not the answer for everyone. Even when that solution is there, it is not the answer for everyone. We know from evidence presented to you, and I know from my own experience in travelling across Canada, that we can now supply palliative care service for about 5 per cent of the people in this country who need it. I do not think we could ever dream that we would be able to provide sufficient palliative care or hospice care for everyone. A certain percentage are still uninterested.

I have had people come to me time and time again and say, "I am receiving the best palliative care possible, but this is not what I want." I do not think it is an either/or situation. I do not think if we pour billions of dollars into palliative care we would remove the demand for physician-assisted dying. We must look at both options. They are different options suitable for different people.

[Translation]

devons les écouter pour savoir si la question se pose encore ou pas.

Le sénateur Lavoie-Roux: Parmi les 500 cas qui restent sur les 1 000 appels que vous recevez, combien y a-t-il d'après vous de véritables candidats au suicide assisté?

M^{me} Seguin: Il y en a en fait à peu près 3 p. 100 qui mettent fin à leurs jours ou qui demandent à un médecin de les y aider. Il y a différentes étapes dans ce processus. Par exemple, il arrive que nous trouvions de bons soins palliatifs pour ces gens-là, que nous amenions les membres de la famille à se réconcilier ou que nous trouvions une autre solution. Nous devons envisager toutes les possibilités. Il est extrêmement important que nous examinions toutes les options possibles et que nous répondions à tous les besoins des gens, par exemple sur le plan physique ou spirituel. Mais si nous en arrivons finalement à la même conclusion, c'est-à-dire que leur décision est justifiable ou appropriée, je les appuie bien sûr.

Je ne peux pas vous donner de chiffres précis. Je n'ai tenu de véritables statistiques que pendant un an. Je suis tellement occupée ces temps-ci que je n'ai pas le temps de faire le compte. J'aimerais bien le faire un de ces jours, mais je ne garde pas de dossiers détaillés sur la plupart des cas dont je m'occupe, pour des raisons évidentes.

Le sénateur Lavoie-Roux: Pensez-vous que s'il existait plus de services de soins palliatifs, et si ces services étaient meilleurs, par exemple dans la région de Toronto, cela réduirait le nombre d'appels que vous recevez directement? Il y aura toujours ces 3 p. 100. Nous pouvons soit considérer que les soins palliatifs constituent un recours important, soit choisir l'autre attitude, en disant que les soins palliatifs sont déficients, qu'il n'en existe pas suffisamment et ainsi de suite.

M^{me} Seguin: Je dois être honnête avec vous: à mon avis, les services de soins palliatifs font un travail magnifique. Je travaille d'ailleurs pour des comités de soins palliatifs dans des hospices. J'y consacre beaucoup de mon temps, mais ce n'est pas une solution pour tout le monde. Même quand elle existe, elle n'est pas nécessairement bonne pour tout le monde. Nous savons d'après certains témoignages qui vous ont été présentés — et je le sais personnellement pour avoir parcouru le Canada — que nous pouvons fournir des soins palliatifs à environ 5 p. 100 des Canadiens qui en ont besoin. Je ne pense pas que nous puissions rêver de pouvoir offrir un jour des soins palliatifs ou des soins en hospice suffisants pour tout le monde. Et il y aura toujours un certain pourcentage de gens qui n'en voudront pas.

J'ai entendu bien souvent des gens me dire: «Je reçois les meilleurs soins palliatifs qui soient, mais ce n'est pas ce que je veux.» Je ne pense pas que ces deux solutions s'excluent mutuellement. À mon avis, même si nous consacrons des milliards de dollars aux soins palliatifs, il y aurait toujours des gens qui voudraient mettre fin à leurs jours avec l'aide d'un médecin. Il faut envisager les deux options. Ce sont deux options différentes, qui conviennent à des gens différents.

[Text]

Le sénateur Corbin: Je vous remercie, madame la présidente. Je suis heureux que ma collègue ait soulevé la question des soins palliatifs. Ce que je trouve regrettable dans le débat public sur la question, c'est que les questions posées à l'occasion de sondages sont très tendancieuses. On ne parle jamais de soins palliatifs. On essaye plutôt d'exciter l'attention du public sur le droit de mourir. On fait rarement, à ce que je sache, allusion à l'alternative qui est une meilleure gamme de soins palliatifs.

L'argument que cela va coûter des milliards de dollars, que cela va coûter X nombre de stades olympiques, je n'achète pas cet argument. Je le rejette en partant. Je pense qu'il y a des valeurs sociétales, des valeurs humanitaires qui sont fondamentales. Une nation qui se respecte doit protéger la population, dès le départ.

Les arguments que vous nous apportés à la suite des sondages Gallup et des sondages Angus Reid, je me dois de les rejeter en partant parce que l'on pose mal ce genre de question. Il y a quand même des alternatives.

Je regrette mais il faut quand même être francs entre nous. Je crois que vous parlez avec un fond de sincérité inaliénable. Vous croyez dans ce que vous prêchez. J'ai lieu d'être en profond désaccord avec vous sur certains points. Cela pourrait peut-être même choquer madame la présidente mais, enfin, je suis membre de ce comité pour exprimer mon point de vue. Je ne fais pas partie d'une école de pensée. J'essaye quand même de garder un esprit ouvert.

Je crois que la solution à long terme réside vraiment dans une meilleure gamme de soins palliatifs. Je pense que l'on a à peine égratigné la surface de ces possibilités au Canada. Il faut, évidemment, reconnaître le travail qui s'est fait dans certaines juridictions, sur ce sujet. Il reste beaucoup à faire. Comme nous tous autour de la table, j'ai vu des proches mourir dans des états divers: des maladies de coeur, des cancers, des problèmes de rein. Cela n'est pas facile. Mais ma souffrance et ma douleur, je puis la résorber. Je continue à vivre. Je dois vous dire quand même, et cela est peut-être égoïste, parce que quand on franchit le seuil de la mort on ne revient pas. On nous dit qu'il n'y a qu'une seule personne qui est revenue et puis cette personne-là n'a pas parlé des douleurs et de la souffrance. On nous dit qu'elle a beaucoup souffert.

Je crois que dans l'acte de mourir, la nature a quand même prévu des dispositifs pour faciliter et pour alléger ce passage. Comme dans l'acte de naître. Pour ma part, j'ai assisté à des accouchements, j'ai quand même parlé à mon épouse. On ne s'en rappelle plus! Il me semble que la nature dans sa sagesse a prévu des analgésiques, si l'on peut les appeler ainsi.

Mon collègue, le sénateur Keon, qui est un médecin éminent pourrait peut-être en dire davantage. Il me semble que notre société court trop facilement vers les solutions expéditives et faciles. Et, cela m'inquiète.

[Traduction]

Senator Corbin: Thank you, Madam Chairman. I am glad my colleague raised the matter of palliative care. What I find unfortunate about the public debate that has occurred thus far on this issue is that when surveys are done, the questions asked are really quite leading questions. No mention is ever made of palliative care. Instead, there is an attempt to get the public all worked up about the right to die. As far as I know, rarely does anyone make reference to the alternative, which is better palliative care.

As for the argument that this is going to cost billions of dollars — as much as X number of olympic stadiums — I simply don't buy that. I reject that argument out of hand. I believe that there are societal values, human values that are fundamental. A nation with any self-respect must do what it can to protect people right from the start.

So, I feel I have no choice but to reject the arguments you make about Gallup and Angus Reid polls, because the questions used are simply not appropriate. The fact is, there are alternatives.

I really feel we must be frank with each other. I believe your comments are truly based on your sincere beliefs. You believe in what you preach. It so happens that I profoundly disagree with you on a number of points. Madam Chairman may well be shocked to hear me say this, but after all, I am entitled to express my views as a member of this committee. I don't belong to any particular school of thought; I always try to keep an open mind.

I believe the long-term solution really lies in a better range of palliative care. I believe that we have barely scratched the surface of what is actually possible here in Canada. While we should obviously recognize the valuable work that has been done in some jurisdictions in this area, we still have a long way to go. Like everyone around this table, I have seen members of my family die because of various conditions: heart problems, cancer, or kidney problems. Of course, it isn't easy. But I can deal with my own pain and suffering. I am still alive. But there is one thing I have to say, even though this may seem egotistical, and that is that once you've crossed the threshold of death, there is no turning back. It is said only one person ever came back, but that person never spoke of pain and suffering. And yet, we are told that he suffered horribly.

I believe that in the act of death itself, nature has given us a way of making the crossing of that threshold easier and less of a burden. The same can be said of the act of birth. I myself have attended births, and I've talked about these things with my wife. The fact is, it's getting hard to remember now! But it seems to me that nature, in its wisdom, has provided us with some "pain relievers", if I can call them that.

My colleague, Senator Keon, is an eminent physician who could probably tell you more about this than I can. It seems to me our society is too quick to opt for the easy way out. That concerns me.

[Texte]

Je suis, comme certains diraient, un amateur d'histoire et j'ai beaucoup lu les anciens. Je suis plongé couramment dans les essais de Montaigne qui a beaucoup parlé du suicide. Cela n'est pas une question nouvelle. Cela a toujours été dans l'esprit de l'homme en terme générique. Cela était une solution facile chez les Grecs, chez les Romains et d'autres peuples.

On a quand même franchi un seuil, un degré de civilisation en éliminant la peine capitale au Canada, pour le meilleur ou pour le pire. Il y en a qui ne sont pas d'accord. Il me semble que l'on s'en va vers un plus grand respect de la vie, alors que vous nous arrivez avec une thèse qui prône une sortie violente de la vie, si je peux employer l'expression. Ce n'est pas une sortie naturelle. C'est une sortie violentée. Cela me fait peur parce que cela ressuscite des souvenirs de l'Allemagne nazie et d'autres situations.

Je veux revenir aux soins palliatifs. Il me semble que c'est là la solution. Vous dites que ce n'est quand même pas la solution parfaite ou ultime pour certaines personnes, peut-être une minorité de personnes.

J'accepte votre témoignage. Vous l'avez vécu. Vous savez de quoi vous parlez. Mais personne ne revient de la mort.

Est-ce que vraiment l'on doit aller jusque-là? Enlever la vie, c'est sérieux. Est-ce que l'on doit vraiment aller jusque-là quand, à toute fin pratique, la mort va suivre son cours, le processus de dégénérescence physique va suivre son cours.

Je suis persuadé que la nature facilite ce passage-là. Il est peut-être plus difficile pour ceux qui regardent que pour celui qui franchit l'étape. Veuillez m'éclairer. J'essaie de garder un esprit ouvert sur toutes ces questions.

J'ai vu des mourants. J'en ai vu dans différentes conditions, peut-être pas autant que d'autres, mais j'ai beaucoup pensé à ces choses-là, avant même que cette question nous arrive sur la table. Éclairez ma lanterne.

Ms Seguin: I wish to make a brief comment and turn it over to Mr. Campbell.

I must come back to the first premise of our argument: Whose life is it anyway? Who is suffering here? I have been through this in the last few years with my younger brother and my mother and father who died seven weeks apart just one year ago. I nursed all of them until the time they died. Each one died differently. Each one made different choices. Each one had to determine how much suffering was enough. All I could do as a loving member of their family was to offer them 110 per cent of my caring and my support of their decision.

As I say, they all died differently. My mother's death was a beautiful death. They all were. You say that this is violence. I called my book, *A Gentle Death*. I am talking about the gentleness of death and bringing gentleness back into the purview of the dying room. Science has progressed so far. We can prolong life so long that we have to stop and ask, "Whose goals are we trying to reach here?" Are we dealing with the hero

[Translation]

I am, as some who know me might say, a lover of history and I've read a great deal of early literature. I am currently reading Montaigne's essays which contain many references to suicide. This is certainly not a new issue. It is something man has always given much thought to. Among the Greeks, Romans and other peoples, it was the easy way out.

And yet, here in Canada, we crossed an important threshold and brought civilization to another plane when we abolished capital punishment, for better or for worse. Some people do not agree with that decision. It seems to me we are moving towards greater respect for human life, but then you come along and advocate a violent end to life, if I can put it that way. It certainly is not a natural way to end one's life. It's full of violence. And it scares me, because it brings back memories of Nazi Germany and other similar situations.

But getting back to palliative care, as far as I'm concerned, it is the only real solution. You say that it really isn't a perfect solution for some people, but they may only be a minority.

I accept your testimony. It is based on our own personal experiences, so you obviously know what you are talking about. But death is something from which there is no return.

Do we really have to go that far? Taking someone's life is a serious act. Is it really necessary to go that far when in fact death and physical degeneration will come as a matter of course.

My own personal conviction is that nature facilitates that passage into death. It may well be harder for those looking on than for those crossing that threshold. Enlighten me if you can. I'm trying to keep an open mind about these issues.

I have seen people dying. I have seen them at various stages of dying, perhaps not to the same extent as others have, but I have given a great deal of thought to this, and had done so even before we were asked to look further at this issue. I would appreciate any enlightenment you could give me in this area.

M^{me} Seguin: Je voudrais faire un bref commentaire avant de laisser la parole à M. Campbell.

Je dois en revenir à la prémisse de base sur laquelle repose notre discussion: la vie qui est en cause, c'est celle de qui? Qui est-ce qui souffre? J'ai passé par là ces dernières années, puisque mon jeune frère, ma mère et mon père sont morts à sept semaines d'intervalle il y a à peine un an. Je les ai tous soignés jusqu'à leur mort. Chacun d'entre eux est mort à sa façon; chacun avait fait ses propres choix. Chacun a dû déterminer quand il en a eu assez de souffrir. Tout ce que je pouvais faire, en tant que membre de leur famille, avec tout mon amour, c'était de me dévouer pour eux à 110 p. 100 et d'appuyer leur décision.

Comme je vous l'ai dit, ils sont tous morts différemment. La mort de ma mère a été magnifique. Les autres aussi, d'ailleurs. Vous dites que c'est de la violence, mais j'ai intitulé mon livre *A Gentle Death*. J'y parle de la douceur de la mort, et de la nécessité de ramener la douceur et la bonté dans la chambre des mourants. La science a beaucoup progressé. Nous pouvons prolonger la vie tellement longtemps que nous devons maintenant

[Text]

mentality that I was indoctrinated with as a student nurse, or are we dealing with the rights and needs of the individual?

I will let Martin comment on this in a more academic fashion. I get very passionate about this, I am sorry.

Mr. Campbell: I appreciate very much your comments because they reflect the real difficulty of the debate. I am sure that a large part of each one on each side of this debate has a very strong sense that there is something terribly wrong with what is contemplated. It takes a great deal of thought and time to think about the idea and to try to see through it more clearly.

You raised the issue of nature having certain mechanisms which will ease pain. I do not mean to be facetious in my response. You talked about child birth. I cannot speak about child birth. However, I understand that in the 1850s when Queen Victoria was having her children, she had the first few without chloroform. Once chloroform gained some sort of vogue, she was on to it as much as she could get during the birth of her subsequent children. Nature did not help her, and she was able to accept an artificial or a man-given device to minimize pain. I am certain that at that time there were discussions in the churches about the Bible saying, there must be child birth with pain and so on.

It seems to me that if there is a religious, moral or a belief system at the heart of the argument that you make, the only answer —

Senator Corbin: It is a philosophical question, an ontological question.

Mr. Campbell: It seems that the other value may be the balancing of the right of the individual to make choices as they see their situation, painful or not. The question then becomes: Is our state strong enough to allow probably the vast majority of people to accept palliative care and death in the normal course, while at the same time allowing a small percentage of people the right to make the decisions that centre around speeding the dying process? Where does the interest of our state lie in balancing those issues? Should it prohibit the small group completely in the larger interests on the basis of values which prohibit that sort of action?

Senator Corbin: It is not so much the state, but a matter of the quality of civilization, is it not?

Mr. Campbell: You could argue, perhaps, the quality of civilization, as the minority in the Supreme Court was saying, which involves making a choice. It is a very difficult balance to draw. I cannot answer your statement other than to say what is the other view.

Senator Keon: I have belaboured the question of the mind as it is associated with dying because I have had the unfortunate experience over the course of my professional life of watching large numbers of people die. The thing that bewilders me about

[Traduction]

nous arrêter et nous demander quels sont vraiment les buts que nous visons de cette façon. S'agit-il de nous comporter en héros ou en héroïnes comme on me l'a appris pendant mes études d'infirmière, ou de respecter les droits et les besoins des personnes en cause?

Je vais maintenant laisser Martin vous faire une réponse plus théorique. C'est un sujet dont je parle toujours avec beaucoup d'émotion, je m'en excuse.

M. Campbell: Je suis très heureux d'entendre vos commentaires parce qu'ils montrent bien à quel point le débat est difficile. Je suis certain que tout le monde, des deux côtés, est convaincu que l'autre option est terriblement répréhensible. Il faut vraiment prendre le temps de réfléchir sérieusement à la question et d'en comprendre plus clairement tous les aspects.

Vous avez dit que la nature prévoit certains mécanismes pour atténuer la douleur. Loin de moi l'idée de prendre la chose à la légère, mais vous avez parlé d'accouchements. Je ne peux pas vous dire grand-chose à ce sujet, mais je sais que, dans les années 1850, quand la Reine Victoria a eu ses enfants, elle a accouché des premiers sans chloroforme. Puis, quand le chloroforme est devenu à la mode, elle en a utilisé autant qu'elle l'a pu à la naissance de ses autres enfants. La nature ne l'a pas aidée, mais elle a pu bénéficier d'un moyen artificiel, fourni par l'Homme, pour atténuer ses souffrances. Pourtant, je suis certain qu'il a dû y avoir à l'époque des discussions dans les églises au sujet de ce que dit la Bible, c'est-à-dire que les femmes doivent enfanter dans la douleur et tout, et tout.

Il me semble que si votre argument repose sur une question de religion, de morale ou de convictions, la seule réponse...

Le sénateur Corbin: C'est une question philosophique, ontologique.

M. Campbell: Il me semble que l'autre valeur, c'est celle du droit, pour chaque individu, de faire des choix en fonction de la façon dont il perçoit sa situation, qu'elle soit douloureuse ou non. La question qui se pose est donc la suivante: notre État est-il assez fort pour permettre à ce qui sera probablement une vaste majorité de sa population de recevoir des soins palliatifs et d'accepter que la mort suive son cours normal, tout en accordant à un infime pourcentage de gens le droit de prendre des décisions tournant autour de l'accélération de ce processus? Devrions-nous brimer complètement cette petite minorité dans l'intérêt de la majorité, au nom des valeurs qui interdisent les actes de ce genre?

Le sénateur Corbin: Ce n'est pas tellement l'État qui est en cause, mais la qualité de notre civilisation, il me semble.

M. Campbell: Ce à quoi je pourrais vous répondre que la qualité de la civilisation, comme l'a indiqué une minorité de juges à la Cour suprême, consiste justement à permettre les choix. C'est un équilibre très difficile à établir. Tout ce que je peux faire pour vous répondre, c'est vous présenter l'autre point de vue.

Le sénateur Keon: Je me suis posé de nombreuses questions sur l'état d'esprit qu'on peut avoir face à la mort puisque j'ai malheureusement vu bien des gens mourir tout au long de ma vie professionnelle. Ce qui me déroute toujours quand il est question

[Texte]

a request for euthanasia is that if a person really does want to die, it is not a complicated act. They simply have to stop eating and drinking and make themselves comfortable with the appropriate sedation or whatever. They really will not be around very long. I have seen significant numbers of patients go that way. It, too, can be a very pleasant way to go if they are appropriately cared for.

What troubles me about euthanasia is this: Why do these patients want someone else to take them out? If they want to go out themselves, it is not a complicated thing to do. I wonder about the whole operation of the mind in these people. I am reasonably sure, even though I am not a neurochemist, that the psyche could be manipulated even with the drugs we have available now to the point where, in many cases, they would not want to request euthanasia.

It bothers me that we are talking about interrupting life sometimes a couple of years ahead of the scheduled chain of events in terms of disease. It is one thing to look at a terminal disease where someone, predictably, is a couple of weeks away from dying. I can appreciate the arguments for helping them get it over with.

I would be interested in hearing from you about these people who call you and want someone to take them out of their misery. How often have you said to them, "What is your problem? Why don't you get yourself some good sedation and find your favourite spot and just simply let yourself go from inanition?"

Ms Seguin: That reminds me of a statement made by the president of the California Medical Association at a conference I attended in San Francisco a few years ago. The subject of the conference was: Is it time for euthanasia in the United States? This was part of a world federation conference. We all belong to an international group. At that time the doctor said that if a patient is terminally ill with AIDS, with two or three kinds of cancer or in the terminal stages of Lou Gehrig's disease, then he is glad to supply them with all the medication they need to remain comatose until their death. However, anyone else who wants to die can do it themselves. He implied that they should go out, get a gun and shoot themselves. He said, "Don't ask me to do it."

In that regard, I have to think of the people I see day after day who are suffering from chronic irreversible illnesses. I am thinking of people with multiple sclerosis who are deteriorating gradually, step by step. I suppose in one way these people have come to the end of the help that the medical profession can give them.

Many times their complaint to me is, "The doctors are tired of me. They can't help me. They know that there is no relief for me and they don't want me calling them every second week or every third week because all they can say is 'We can't do any more.'"

[Translation]

d'euthanasie, c'est que si quelqu'un veut vraiment mourir, ce n'est pas bien compliqué. Il n'a qu'à cesser de boire et de manger, et à prendre les sédatifs nécessaires pour se sentir bien. Il n'en aura certainement pas pour bien longtemps. J'ai vu beaucoup de malades partir de cette façon. Et cela peut aussi être une très belle mort si le malade reçoit les soins nécessaires.

Ce qui me trouble, au sujet de l'euthanasie, c'est la raison pour laquelle ces malades veulent que quelqu'un d'autre leur enlève la vie? S'ils désirent y mettre fin eux-mêmes, ce n'est pas compliqué. Je me pose des questions sur la façon dont leur esprit fonctionne. Je ne suis pas neurochimiste, mais je suis à peu près certain que, même avec les seuls médicaments qui existent actuellement, il est possible de manipuler le psychisme à un point tel que, dans bien des cas, ces gens ne voudraient plus de l'euthanasie.

Ce qui me dérange, c'est qu'on songe déjà à interrompre la vie quelques années avant que la maladie suive le cours prévu. C'est autre chose quand un malade est en phase terminale et qu'il ne lui reste, selon toute probabilité, que quelques semaines à vivre. Je comprends qu'on puisse alors vouloir l'aider à en finir.

J'aimerais que vous nous parliez des gens qui vous appellent et qui veulent avoir de l'aide pour mettre fin à leurs souffrances. Combien de fois leur avez-vous répondu: «Où est le problème? Pourquoi ne pas vous trouver un bon sédatif, vous retirer dans votre endroit préféré et vous laisser simplement mourir d'inanition?»

M^{me} Seguin: Cela me rappelle une déclaration du président de l'association des médecins de Californie lors d'une conférence à laquelle j'ai assisté à San Francisco il y a quelques années. La conférence avait pour thème «Le temps est-il venu de permettre l'euthanasie aux États-Unis?» et se déroulait dans le cadre du congrès d'une fédération mondiale. Nous appartenons tous à un groupe international. À ce moment-là, ce médecin avait dit qu'il fournirait avec plaisir à des malades en phase terminale, qu'ils soient atteints du sida, de deux ou trois formes de cancer ou de la maladie de Lou Gehrig, par exemple, tous les médicaments nécessaires pour demeurer dans le coma jusqu'à leur mort, mais que tous ceux qui voulaient mettre fin à leurs jours pouvaient le faire eux-mêmes. Il avait laissé entendre qu'ils n'avaient qu'à se trouver un fusil et à se tirer une balle dans la tête. Et il avait ajouté: «Ne me demandez pas de le faire.»

À cet égard, je ne peux pas m'empêcher de penser aux gens que je vois jour après jour et qui souffrent d'une maladie chronique irréversible. Je pense à ceux qui sont atteints de la sclérose en plaques et dont la santé se détériore graduellement, petit à petit. Je suppose qu'en un sens, ces gens ne peuvent plus espérer recevoir d'aide de la profession médicale.

Ils s'en plaignent souvent à moi et me disent: «Les médecins en ont assez de moi. Ils ne peuvent pas m'aider. Ils savent qu'ils ne peuvent pas me soulager, et ils ne veulent pas que je les appelle toutes les deux ou trois semaines parce que tout ce qu'ils peuvent me répondre, c'est qu'ils ne peuvent plus rien pour moi.»

[Text]

I empathize with their frustration and anxiety very deeply because I have been through this experience of being very, very ill for three and a half years in a hospital, not expected to recover, and wondering what is the point to it all. The point for me was that my doctor trusted me enough to give me adequate lethal medication to take at any time I felt I could not go on. He said to me at the time, "I know you Marilynne. We have known each other for 25 years. I know you are a fighter, and I know there are lots of things you want to do. But I also know that you have to be in control of this situation or at least feel you are in control of this situation. So here is the medication you need." Everybody in that hospital knew that that medication was there in my bedside drawer. I think they all felt that I would never use it and they were correct. I did not need to use it, but I needed to know that I had some options.

Those suffering from MS, muscular dystrophy and all sorts of degenerative chronic diseases are saying: "We have no choices left. We sit here day after day and watch our bodies disintegrate and our options taken from us." They feel that enough is enough. I certainly fight with them to find a new doctor, find a new health care team to support them and do everything we can, but there are times when these people have come to the end of it. It is not an easy decision for them. It certainly is not an easy decision for me.

If, in the final analysis, we have explored everything else, I have to believe that only the person can tell what suffering is for them. I cannot crawl into their skin and say, "Come on, you can make it another day, you can make it another week." They know it will not only be another day or another week. They know it will be another year or two years. Can I say, "Well, you have to put up with it"?

Senator Keon: Some of my European friends tell me that the people who are being put to sleep over there are eating and drinking right up to the time they are put to sleep. What I have difficulty handling is, if they are not prepared to let themselves go, I wonder if they are prepared to have someone else put them away. I am deeply concerned because I have lived through the situation more than once of families insisting that a patient who is on long-term supportive care be let go, and I have seen some of those patients walk out and enjoy good health for 15, 20 years.

Ms Seguin: Yes, certainly.

Senator Keon: What concerns me about this business is that the numbers are significant of those who are being put away across the ocean. If they really want to go, most of them can go with tremendous dignity and tremendous comfort if they have made up their mind to go. It concerns me that many of them are going who have not made up their mind, they are ambivalent, yet are asking someone to put them away because they have not got the courage to go themselves. There is a very troublesome component for me.

[Traduction]

Je ressens profondément leur frustration et leur anxiété parce que j'ai moi-même vécu la même expérience; j'ai été très gravement malade pendant trois ans et demi, hospitalisée sans grand espoir de guérison, à me demander quel était le sens de tout cela. Dans mon cas, mon médecin m'a fait suffisamment confiance pour me fournir un médicament mortel, que j'aurais pu prendre dès que j'aurais eu la conviction de ne plus pouvoir continuer. Il m'avait dit à l'époque: «Je vous connais, Marilynne. Il y a 25 ans qu'on se connaît. Je sais que vous êtes un battant et qu'il y a beaucoup de choses que vous voulez faire. Mais je sais aussi que vous devez pouvoir contrôler la situation ou tout au moins avoir le sentiment de la contrôler. Voilà donc le médicament dont vous avez besoin». Tout le monde à l'hôpital savait que ce produit se trouvait dans le tiroir de ma table de nuit. Tous avaient l'impression que je ne m'en servais jamais et ils avaient raison. Je n'ai pas eu besoin de m'en servir mais j'avais besoin de savoir que j'avais le choix.

Les personnes atteintes de dystrophie musculaire et de toutes sortes de maladies chroniques dégénératives disent: «Nous n'avons pas le choix. Nous restons assis ici jour après jour à regarder notre corps se désintégrer sans espoir de solution». Elles trouvent que c'est trop. Je me bats avec ces personnes pour trouver un nouveau docteur, pour trouver une nouvelle équipe de soins de santé qui puisse les aider et nous faisons le maximum mais il y a un moment où ce n'est plus possible de continuer. La décision n'est pas facile pour ces personnes et elle n'est certainement pas facile pour moi.

Si, en dernière analyse, nous avons tout essayé, je dois croire que la personne est la seule à pouvoir dire sa souffrance. Je ne peux pas dire à sa place: «Allez, vous pouvez tenir encore une journée, encore une semaine». Les malades savent que ce ne sera pas seulement un autre jour ou une autre semaine, mais encore une ou deux autres années. Puis-je dire: «Eh bien, il faut vous en accommoder»?

Le sénateur Keon: Certains de mes amis européens me disent que les malades que l'on endort là-bas continuent à manger et à boire jusqu'au dernier moment. C'est cela que j'ai du mal à comprendre, s'ils ne sont pas prêts à se laisser aller, je m'étonne qu'ils soient prêts à se faire endormir par quelqu'un d'autre. C'est une question très difficile pour moi parce que j'ai vu plus d'une fois des familles insister pour qu'on laisse partir un patient recevant des soins de soutien à long terme et certains de ces patients ont ensuite quitté l'hôpital et vécu en bonne santé pendant 15 ou 20 ans.

M^{me} Seguin: Oui, certainement.

Le sénateur Keon: Ce qui m'inquiète, c'est que l'on ainsi met fin à la vie d'un grand nombre de personnes en Europe. Si elles veulent vraiment partir, la plupart peuvent le faire dans la dignité et le confort si elles en ont décidé ainsi. Mais j'ai l'impression que beaucoup ne sont pas vraiment convaincues, qu'elles ont encore des doutes mais demandent malgré tout à quelqu'un de leur mettre fin à leurs jours parce qu'elles n'ont pas le courage de le faire elles-mêmes. C'est un élément qui me dérange beaucoup personnellement.

[Texte]

Ms Seguin: What about the patient, Senator Keon, who is suffering congestive heart failure, who is not totally respiratory dependent but needs that service periodically, who must be maintained in an intensive care unit for the purposes of the hospital, who weighs 250 pounds and who has chosen to starve himself to death because this is the only alternative that he feels he has? This is not a hypothetical case for me, this is a very real situation that I was involved in four years ago, and it has happened more than once. This man had made a serious determination that he had struggled for four years and the last six months he had been in ICU. His physician said, "I belong to an organization called Canadian Physicians for Life and I will do nothing to help you to die, including starve yourself to death." He was ordered into physical restraints. At that point the family got hold of me and told me that they were going to put a gastrostomy tube in him and make sure that his life proceeds.

Do we have a right to do that to people?

Senator Keon: Absolutely not, and if you reported that physician to the discipline committee, he would be disciplined. He was acting unethically and inappropriately. He has no right at all to impose his will on a patient against a patient's request and that patient deserved another physician and a second or third opinion.

I was not trying to suggest that there has not been a great deal of abuse of potent drugs and equipment and prolonging life beyond the point where it should be prolonged. I was mentioning earlier today when Dr. Lafrance was here that there are documents that he was interested in such as the Vatican Declaration of a number of years ago, that clearly states that one does not have to give diuretics to that type of patient, digitalize him or give him intermittent respiratory support and that patient, when he is in a truly terminal state, will slip away fairly quickly if he does not have those potent drugs. They should not be given, I agree with you on that. That, to me, is the whole point.

It seems to me that we are in a position where we are keeping — God forgive me for saying such a thing — instead of a human being we have pharmacological preparations that are running up to point Z in Europe and then they get a shot of potassium and they are gone. That is not the manner in which to do things. I think drugs should be withdrawn and they should be allowed to go naturally and supported in every way to go naturally in comfort, but not sustained artificially to a given point where they request that someone put them away.

I am trying to keep an open mind on this subject and it is difficult. I have spent my whole life trying to sustain people. I have also observed large numbers of people, earlier on in my career, larger numbers than I would have liked to have seen, who had to be allowed to go. They could be allowed to go with tremendous dignity and comfort if a little bit of care was taken. I cannot recall an instance in which I thought it was necessary to give a shot of potassium.

[Translation]

M^{me} Seguin: Que dire, sénateur Keon, du patient qui a fait une attaque cardiaque, qui ne dépend pas totalement d'un respirateur mais en a besoin périodiquement et qui, pour l'hôpital, doit être gardé au service de soins intensifs; il pèse 250 livres et a décidé de se laisser mourir de faim parce qu'il estime qu'il n'a pas d'autre solution? Ce n'est pas un cas hypothétique pour moi, c'est une situation bien réelle que j'ai connue il y a quatre ans, et c'est arrivé plus d'une fois. Cet homme était décidé, il s'était battu pendant quatre ans et au cours des six derniers mois qu'il avait passés aux soins intensifs. Son médecin lui a dit: «J'appartiens à une organisation appelée Médecins pour la vie et je ne ferai rien pour vous aider à mourir, et même je ne vous laisserai pas mourir de faim». On l'a entravé physiquement et à ce moment-là, la famille m'a contactée pour me dire qu'on allait lui faire une gastrostomie pour le maintenir en vie.

A-t-on le droit de faire cela aux gens?

Le sénateur Keon: Absolument pas, et si le cas de ce médecin était soumis au comité de discipline, il serait sanctionné. Il a agi contrairement aux règles de déontologie et de façon inappropriée. Il n'avait nullement le droit d'imposer sa volonté à un patient contrairement à la demande de celui-ci et le patient avait le droit de voir un autre médecin et de demander un deuxième ou un troisième avis.

Je ne veux pas dire que l'on n'a pas beaucoup abusé de médicaments puissants et du matériel existant pour prolonger la vie de façon excessive. Je disais tout à l'heure lorsque le D^r Lafrance était là qu'il y a des documents qui l'intéressaient comme la déclaration du Vatican d'il y a quelques années, dans lesquels il est clairement précisé qu'il n'est pas nécessaire de donner à ces patients des diurétiques, de la digitaline ou un soutien respiratoire intermittent et qu'une fois en phase terminale, ils vont partir assez rapidement s'ils n'ont pas ces drogues puissantes. Il ne faut pas les donner, je suis d'accord avec vous sur ce point. Pour moi, tout est là.

Il me semble que l'on arrive à un point où l'on garde — et que Dieu me pardonne de dire de telles choses — au lieu d'un être humain, nous avons des préparations pharmacologiques qui vont jusqu'au point Z en Europe et ensuite, avec une piqûre de potassium, c'est fini. Cela ne devrait pas se passer ainsi. Je trouve qu'il faudrait cesser les médicaments et permettre ensuite aux patients de s'éteindre naturellement en les aidant dans toute la mesure du possible à partir naturellement, sans souffrance, mais pas les soutenir artificiellement jusqu'au point où ils demandent à quelqu'un d'intervenir.

J'essaie de garder l'esprit ouvert sur cette question et c'est difficile. J'ai passé toute ma vie à essayer de préserver la vie. J'ai aussi, au début de ma carrière, observé de nombreuses personnes, plus nombreuses que je ne l'aurais souhaité, qu'il a fallu laisser partir. On pouvait les laisser partir avec beaucoup de dignité et de confort à condition d'être un peu attentif. Je ne me souviens pas d'un seul cas où j'ai jugé nécessaire de faire une injection de potassium.

[Text]

Ms Seguin: We have not talked a great deal about the disabled who are not in a position to physically take care of these issues themselves. I agree with you that it is usually not an unpleasant experience to die by starvation. This has happened with a great number of people I have known. They took this decision into their own hands.

Last summer when I was away working on the book, a young man with AIDS, with whom I had been dealing for a long time and who was a patient in a hospice receiving the very best of care, called me one night and said that enough was enough. He had developed more and more symptoms and his quality of life was pretty awful. He asked if I could come and talk to him. I could not travel at that time, so I told him I would see him the next week. He said that until then he was going to work on starving himself to death. He had heard that that was not too unpleasant. He called me two nights later in tears saying that he had failed, that he had drank a glass of juice that day.

I wanted to cry for him, and I did. But there are many who do not have the ability to control their body, to make certain decisions, to prevent themselves from being fed, from being treated, against their will. We have to listen to these people. It is a very final solution, but I think sometimes it is a compassionate solution.

Senator Perrault: I would like some statistical information, please. You have 7,300 members in your organization. How many members do you have in British Columbia?

Ms Seguin: I have not broken it down recently. About a third of our members are in Ontario. We have members in every province. The province with the second highest membership is British Columbia.

Senator Perrault: Is Scott Wallace a member of your organization?

Ms Seguin: Yes he is. He has been for a very long time.

Senator Perrault: You are represented in all the provinces?

Ms Seguin: Yes, as well as the territories.

Senator Perrault: We have heard a good deal about palliative care during these deliberations. A number of witnesses have stated that if we extended our palliative care program, with the new drugs available people can live quite comfortably until nature takes its course.

What is the availability of palliative care across the country? How many of the provinces are served by adequate palliative care facilities?

Ms Seguin: Harry van Bommel's book, published less than a year ago, includes his survey of the situation which indicates that five per cent of patients who request palliative care have it available to them.

Senator Perrault: I suppose that governments are fearful of trying to meet the costs associated with palliative care as in other sectors in the medical community.

[Traduction]

Mme Seguin: Nous n'avons pas beaucoup parlé des personnes handicapées qui sont dans l'impossibilité physique de prendre elles-mêmes les mesures voulues. Je reconnais que, généralement, on peut se laisser mourir de faim sans que ce soit trop pénible. C'est arrivé à beaucoup de personnes que j'ai connues. Elles ont pris elles-mêmes leur décision.

L'été dernier, pendant que j'étais partie et que je travaillais à mon livre, un jeune homme atteint du SIDA, dont je m'occupais depuis longtemps et qui était dans un hospice où il recevait les meilleurs soins possibles, m'a appelée un soir pour me dire qu'il n'en pouvait plus. Il avait des symptômes de plus en plus nombreux et n'avait plus aucune qualité de vie. Il m'a demandé de venir lui parler. Je ne pouvais pas me déplacer à ce moment-là et je lui ai donc dit que je le verrais la semaine suivante. Il m'a répondu qu'en attendant, il allait essayer de se laisser mourir de faim. Il avait entendu dire que ce n'était pas trop désagréable. Il m'a appelée deux soirs plus tard, en larmes, me disant qu'il n'avait pas réussi parce qu'il avait bu un verre de jus de fruit ce jour-là.

J'avais envie de pleurer pour lui, et c'est d'ailleurs ce que j'ai fait. Mais il y en a beaucoup qui ne sont pas en mesure de contrôler leur corps, de prendre certaines décisions, d'empêcher qu'on les nourrisse ou qu'on les traite, contre leur volonté. Il faut écouter ces personnes. C'est une solution tout à fait finale mais je crois que c'est parfois un geste de compassion.

Le sénateur Perrault: J'aimerais avoir quelques chiffres, s'il vous plaît. Vous avez 7 300 membres dans votre organisation. Combien en avez-vous en Colombie britannique?

Mme Seguin: Je n'ai pas calculé la répartition récemment. Environ un tiers de nos membres se trouvent en Ontario. Nous en avons dans toutes les provinces. La Colombie britannique se trouve au deuxième rang pour ce qui est du nombre de membres.

Le sénateur Perrault: Scott Wallace est-il membre de votre organisation?

Mme Seguin: Oui. Il en fait partie depuis très longtemps.

Le sénateur Perrault: Êtes-vous représentés dans toutes les provinces?

Mme Seguin: Oui, de même que dans les Territoires.

Le sénateur Perrault: Nous avons beaucoup entendu parler des soins palliatifs pendant ces délibérations. Selon certains témoins, si nous élargissions notre programme de soins palliatifs, avec les nouveaux médicaments actuels, les gens pourraient vivre assez confortablement en laissant la nature suivre son cours.

Peut-on obtenir des soins palliatifs dans tout le pays? Dans combien de provinces y a-t-il des centres adéquats de soins palliatifs?

Mme Seguin: Dans le livre qu'il a publié il y a moins d'un an, Harry van Bommel a fait une étude de la situation selon laquelle 5 p. 100 des patients demandant des soins palliatifs peuvent les obtenir.

Le sénateur Perrault: Je suppose que les gouvernements ont peur des coûts associés aux soins palliatifs comme dans d'autres secteurs du monde médical.

[Texte]

Ms Seguin: I really do not believe that cost has to be the critical factor in palliative care. I think we can go back to the family concept. Maybe I am very idealistic and naive, but about two days after I moved into a new neighbourhood in Toronto someone banged on my door and said, "My mother is having a heart attack. Help me." I do not know how they found out that I am a nurse. Within a week we had set up what we called a Caring Committee in our condominium. In the three and a half years I have been there, we have had eight deaths in that facility. We are our own palliative care team.

Senator Perrault: So you are very supportive of the palliative concept?

Ms Seguin: Absolutely.

Senator Perrault: Would that be your first option, rather than assisted death?

Ms Seguin: If that is the wish of the patient, it is my first option, but I do not believe I have the right to manipulate patients to accept that if it is not their wish. I do not have the right to manipulate them in any way. I cannot say, "You cannot chose death because palliative care is an acceptable and much more reasonable way to go."

Senator Perrault: How do you deal with a person who is obviously suffering from very deep depression? Do you try to find them medical help to ease them out of that situation?

Ms Seguin: Absolutely. I always find a therapist who will assess them and prescribe treatment. If they are not able to continue with that person, I try to find another course of therapy which is acceptable to them.

Senator Perrault: Some of the European statistics carry the notation "involuntary euthanasia". In other words, the patient has not requested it, but someone makes the decision to end their life.

Is there enough security in a process which would see a family come to a doctor or some service of this kind and say —

The Chairman: Senator Perrault, may I interrupt here. We have been sitting for an hour and half and you are getting into what might be the guidelines. This might be an appropriate time to allow our witnesses to explain the guidelines they have suggested.

Senator Perrault: That would be helpful to me. Many people say there is a danger that granny will be put away and her estate will be affected by greedy relatives. What kind of protection does granny have under those circumstances?

Ms Seguin: I hope that we have addressed most of these issues in our guidelines.

Mr. Campbell: The guidelines are included on pages 2 and 3 of the brief.

[Translation]

M^{me} Seguin: Je ne crois vraiment pas que le coût doive être un facteur critique dans les soins palliatifs. Je pense que nous pouvons revenir à la notion de famille. Je suis peut-être idéaliste et naïve mais environ deux jours après mon installation dans un nouveau quartier à Toronto, quelqu'un est venu frapper à ma porte en disant: «Ma mère a une attaque cardiaque, aidez-moi.» Je ne sais pas comment ils ont su que j'étais infirmière. En une semaine, nous avons créé ce que nous avons appelé un comité de soins dans notre condominium. Depuis trois ans et demi que j'habite là, nous avons eu huit décès dans ces locaux. Nous formons notre propre équipe de soins palliatifs.

Le sénateur Perrault: Vous êtes donc très favorable au concept des soins palliatifs?

M^{me} Seguin: Absolument.

Le sénateur Perrault: Serait-ce votre première option, plutôt que la mort assistée?

M^{me} Seguin: Si tel est le souhait du patient, c'est ma première option, mais j'estime que je n'ai pas le droit de manipuler les patients pour les amener à accepter cela si ce n'est pas ce qu'ils désirent. Je n'ai pas le droit de les manipuler, de quelque façon que ce soit. Je ne peux pas dire: «Vous ne pouvez pas choisir de mourir parce que les soins palliatifs représentent une façon plus acceptable et beaucoup plus raisonnable de partir».

Le sénateur Perrault: Comment traitez-vous une personne qui souffre manifestement de dépression profonde? Essayez-vous de lui obtenir une aide médicale pour l'aider à sortir de la situation?

M^{me} Seguin: Absolument. Je trouve toujours des thérapeutes pour l'évaluer et lui prescrire un traitement. S'ils ne peuvent continuer à suivre la personne, j'essaie de trouver une autre thérapie acceptable.

Le sénateur Perrault: Certaines des statistiques européennes portent la mention d'«euthanasie involontaire». Autrement dit, le patient n'en a pas fait la demande, mais quelqu'un a pris la décision de mettre fin à ses jours.

A-t-on suffisamment de garanties dans un processus où la famille s'adresserait à un docteur ou à un service du même genre disant...

La présidente: Sénateur Perrault, permettez-moi de vous interrompre. Nous siégeons depuis une heure et demie et vous avez abordé ce qui pourrait correspondre aux lignes directrices. Le moment est peut-être donc bien choisi pour permettre à nos témoins de nous expliquer les lignes directrices qu'ils proposent.

Le sénateur Perrault: Ce serait très utile pour moi. Beaucoup disent qu'il y a un danger que des membres de la famille avides d'argent ne fassent disparaître la grand-mère pour profiter de la succession. De quelle protection bénéficie la grand-mère dans ces circonstances?

M^{me} Seguin: J'espère que nous avons répondu à la plupart de ces questions dans nos lignes directrices.

M. Campbell: Les lignes directrices se trouvent aux pages 2 et 3 du mémoire.

[Text]

Ms Seguin: As a starting point, we must always remember that we are dealing with voluntariness on the part of both the physician and the patient. To me there is no such thing as euthanasia without the component of voluntariness. Maybe I misread this committee's definition of euthanasia, but regardless of how it is defined, I would always add the words "at the request of the person".

In guideline number 1, we have said that it must be a request made "voluntarily and repeatedly. The request must be documented and, if possible, witnessed." We have included the component of advance directives because we cannot always foresee what will happen to us in the future. There are certain conditions under which I know I would not want to be kept alive. Martin has been good enough to draft my power of attorney for health care. I hope that these conditions would be met.

I think every Canadian needs some sense of security in respect of their needs in terms of their own death.

We have struggled long and hard with guideline number 2 to limit it to persons competent to make treatment decisions for themselves. This may require a psychiatric or psychological assessment. We are not opening the door to third-party decisions. You cannot make a decision for granny if granny has not expressed that wish for herself. The same condition would apply for those who are otherwise disabled, for defective newborns and so. I do not think that in Canada we are yet ready to deal with third-party decision making. We have enough on our plate in handling this area. That also deals to a great extent with the argument about a slippery slope. If it is the individuals themselves who are making this decision, then no one else is imposing a judgment or a decision upon them.

Four, again the person must be fully informed of all treatment options, including palliative care. They must be informed that they can change their mind. A person's family or other designated by the person should be informed of that person's request, but the final decision must be made by the person alone.

I say that they should be informed because of my experience of the trauma that it causes to family if they do not know that this will take place. If they have not had some warning, I find that their grief is sometimes irresolvable as well as their anger and hostility that someone presumed to take their own life and did not even talk to them about it. But the family cannot interfere in this.

At least one physician, preferably the primary-care physician and one other health care worker, should be involved. We worded it this way because there are places in this country where you cannot put together two physicians who are not in practice together or somehow it could be seen as being in collusion. There are situations where people such as a nurse practitioner, nurse social worker, chaplain, and so on, may know this individual very well and be able to attest to their state of mind.

[Traduction]

Mme Seguin: Avant tout, il ne faut jamais oublier qu'il s'agit d'un acte volontaire aussi bien pour le médecin que pour le patient. Pour moi, on ne peut parler d'euthanasie sans cet élément de consentement. J'ai peut-être mal lu la définition d'euthanasie du comité, mais quelle qu'elle soit, j'ajouterais toujours les mots «à la demande de la personne».

À la première ligne directrice, nous avons dit qu'il devait s'agir d'une demande faite «volontairement et de façon répétée. La demande doit être prouvée et, si possible, faite devant témoin». Nous avons inclus les directives établies à l'avance parce que l'on ne peut pas toujours prévoir ce qui va nous arriver. Je sais que dans certaines conditions, je ne voudrais pas être maintenue en vie. Martin a eu la gentillesse de rédiger ma procuration pour les soins de santé et j'espère que les conditions seront respectées.

Je crois que tous les Canadiens ont besoin d'être sûrs que leurs besoins seront respectés lors de leur mort.

Nous avons longuement discuté et travaillé sur la ligne directrice n° 2 pour la limiter aux personnes compétentes pour décider de leur propre traitement. Cela peut nécessiter une évaluation psychiatrique ou psychologique. Nous n'ouvrons pas la porte aux décisions prises par des tierces parties. On ne peut décider pour la grand-mère si elle n'a pas exprimé elle-même son désir. La même condition vaudrait pour les personnes atteintes d'autres handicaps, pour les nouveau-nés handicapés, et cetera. Je ne crois pas que nous soyons encore prêts au Canada à accepter les décisions prises par des tiers. Nous avons déjà assez de pain sur la planche. Cela rejoint aussi dans une grande mesure l'argument concernant la pente savonneuse. Si ce sont les personnes concernées qui prennent la décision, personne ne leur impose un jugement ou une décision.

Quatrièmement, la personne doit être encore pleinement informée de toutes les possibilités de traitement, notamment des soins palliatifs. Elle doit savoir qu'elle peut changer d'avis. La famille ou une autre personne désignée par la personne concernée devrait être informée de la demande mais c'est la personne seule qui doit prendre la décision finale.

Je dis qu'il faut informer la famille parce que j'ai pu voir à quel point les membres de la famille étaient traumatisés lorsqu'ils ne savaient pas ce qui allait se produire. S'ils n'ont pas été avertis, ils éprouvent à la fois une douleur irréductible et beaucoup de colère et d'hostilité de ce que la personne ait pris la liberté de mettre fin à ses jours sans même leur en parler. Mais la famille ne peut s'ingérer dans la décision.

Il faudrait la participation d'au moins un médecin, de préférence celui ou celle qui assure les soins primaires, et d'un autre travailleur de la santé. Nous avons rédigé le texte de cette façon parce que dans certaines régions du pays, il est impossible de réunir deux médecins qui n'exercent pas ensemble et l'on risque de penser qu'il y a eu collusion. Dans certains cas, on peut faire appel à une infirmière, un travailleur social, un aumônier et cetera, qui connaissent très bien la personne et peuvent garantir qu'elle est saine d'esprit.

[Texte]

We picked an arbitrary figure in No. 7 of the five days. Justice McEachern stated that after a request for euthanasia had been authorized that the patient had to put it into effect within 30 days. That is a death sentence upon a death sentence as it would be an unfair restriction on any one. By this minimum of five days, or such time agreed upon by the person and their physician, it gives time for some thought or some sleeping on it, allowing someone to reassess the situation. If there was unendurable or unreasonable pain of a psychological or physical nature, the patient and the doctor together could come to some agreement to have that time period reduced to whatever was more appropriate or could come to some negotiated agreement where the patient would prefer to go into a comatose state for a couple of days and then see what he or she was feeling on it.

We have stipulated that a physician must always be present. I have seen a great number of botched suicides. You have heard in your testimony some gruesome details. I know, so I do not have to go into this. If a physician is present such horrific situations can possibly be avoided. It is important that no physician would be obliged to provide assistance. We would simply ask them to refer them to another qualified physician who would be prepared to act on their request.

We put in No. 10 because I remember my first visits to the Netherlands many years ago when they said, "For goodness sakes, do not refer patients to us. We do not want to become the graveyard of the world." The same situation would apply here. We in Canada must deal with our own problems and not slough them off on someone else. If such a law were passed in Canada to permit physician-assisted dying we might have an invasion of people from other countries.

Perhaps Mr. Campbell might like to speak on the last two items.

Mr. Campbell: Basically, this is to ensure that the slippery slope argument which was referred to earlier does not come about and Parliament does some monitoring of the situation. We chose the mechanism of an annual review, but it could be any other form of review. It is as simple as that.

Ms Seguin: That is one reason why the Netherlands has gotten into such disrepute, namely because they allowed physician-assisted dying to go on for a very long time before they began to keep accurate records. If we were to initiate any policy, those records would have to be kept from day one so that we could have appropriate research and response to see if the guidelines needed to be tightened up, changed, or thrown out and we start all over again.

Senator Lavoie-Roux: I have a question concerning page four. You do not have to answer this question, but you identified three types of situations — and everyone can read them. I would even question some things in the second group. In the third group there are things such as the situation becoming more subtle in nature, yet no less remedial in terms of suffering. You referred to things such as insomnia, itching and other bodily comforts, chronic and debilitating fatigue, wounds that will not

[Translation]

Nous avons arbitrairement choisi le chiffre de cinq jours au n° 7. Le juge McEachern a déclaré que lorsqu'une demande d'euthanasie avait été acceptée, le patient devait l'exécuter dans les 30 jours. C'est un arrêt de mort qui se superpose à un arrêt de mort et c'est une restriction injuste pour qui que ce soit. Avec ce minimum de cinq jours, ou de la période fixée par la personne et son médecin, il est possible de réfléchir ou de repenser à la situation à tête reposée, et ainsi de faire le point calmement. Dans le cas de souffrance psychologique ou physique insupportable ou excessive, le patient et le médecin peuvent décider ensemble de raccourcir cette période ou arriver à un accord négocié selon lequel le patient préférerait être dans le coma pendant deux ou trois jours pour voir ensuite ce qu'il décide de faire.

Nous avons précisé qu'il fallait toujours qu'un médecin soit présent. J'ai vu de très nombreux suicides ratés. Vous avez entendu quelques détails horribles dans les témoignages et je sais que je n'ai pas besoin de m'attarder sur ce sujet. Si un médecin est présent, il peut être possible d'éviter ce genre de situation. Il est important de ne pas obliger un médecin à fournir son aide. Il est possible de lui demander de confier le patient à un autre médecin qualifié qui serait prêt à répondre à sa demande.

Nous avons ajouté le n° 10 parce que je me souviens que lors de mes premières visites aux Pays-Bas il y a plusieurs années, on m'a dit: «Pour l'amour du ciel, ne nous envoyez pas des patients. Nous ne voulons pas devenir le cimetière du monde». Il en irait de même ici. Nous devons régler nos propres problèmes au Canada et ne pas nous en débarrasser sur d'autres. Si l'on adoptait une loi permettant de mourir avec l'aide d'un médecin au Canada, nous pourrions être envahis par des ressortissants d'autres pays.

M. Campbell a peut-être une remarque à faire sur les deux derniers points.

M. Campbell: Cela vise surtout à éviter la possibilité de la pente dangereuse que l'on a évoquée tout à l'heure et à permettre au Parlement de surveiller la situation. Nous avons choisi la formule de l'examen annuel, mais on pourrait en prendre une autre. C'est aussi simple que cela.

M^{me} Seguin: C'est entre autres pour cette raison que les Pays-Bas ont si mauvaise réputation, parce que l'on a permis aux personnes le désirant de mourir avec l'aide d'un médecin, longtemps avant de commencer à tenir des registres précis. Si nous adoptions une politique en ce sens, il faudrait tenir des registres dès le premier jour de façon à pouvoir faire les recherches voulues et prendre les mesures appropriées pour savoir s'il faut resserrer, modifier ou supprimer les lignes directrices et peut-être tout recommencer à zéro.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'ai une question à propos de la page 4. Vous n'êtes pas obligée d'y répondre, mais vous avez cité trois types de situations — chacun peut le lire. J'ai même quelques questions concernant le deuxième groupe. Dans le troisième groupe, vous parlez de situations de nature plus subtile mais toute aussi difficiles sur le plan de la souffrance. Vous mentionnez de différents troubles, notamment l'insomnie, les démangeaisons et autres problèmes corporels, la fatigue chronique

[Text]

heal, and irreversible incontinence. I do not know how many people in our nursing homes are incontinent, but that seems to open a great door. That is what I was concerned about. There might be other ways to remedy that type of situation than to think that another choice for them would be to end their lives. If I am the only one thinking that way it might not be serious, but I reacted to that in this manner.

Ms Seguin: I could understand that. I wrote down the condition here of severe itching. We have all had severe mosquito bites, a rash, and so on. We have all had things in which we itch for a few days and think, "Oh well, that is a minor thing and we can deal with it." But I have also taken care of many patients back in the days when I was doing bedside nursing routinely, who were dying of kidney failure. I describe one case in my book of a man who chose to discontinue dialysis. He died five days later.

The only intolerable symptom he had during all of that time was itching. It was itching inside his body and outside his body. He described it as, "Worms, or something, are crawling inside me and outside me", and he would scream and scream and scream.

Senator Lavoie-Roux: I do not have as much difficulty with this one as incontinence, chronic fatigue and insomnia. We all have a little insomnia once in a while. I suppose it is someone who never closed his eyes for ten days or ten weeks, I do not know.

Ms Seguin: Or for ten years.

Senator Lavoie-Roux: For ten years, perhaps, I do not know.

Ms Seguin: Everything has to be seen in terms of what that person is suffering. I talk about the case of Tanya who was so delighted to be home with her family, but there was a constant presence of that urine smell because it was weeping not only from her bladder, but from her wounds and so on. She was embarrassed. She did not want to be with her grandchildren anymore. It was the final indignity for her, that constant presence of urine.

I have shared a hospital room with a patient who felt the same thing in terms of treatments and so on. These are conditions that, unless we walk in those shoes, we cannot imagine what that means.

Senator Lavoie-Roux: Do you realize the number of people who suffer from chronic incontinence in a nursing home?

Ms Seguin: Yes, I do. My mother did. She was not even in a nursing home and she had it for five years. To her it was not an intolerable condition. However, there are people who would find a certain degree of that an indignity that they could not tolerate. That is the whole issue — the freedom for that person to choose and to define what is tolerable and not tolerable for them.

Senator Lavoie-Roux: Would it then extend to the person who has become unable to feed themselves or wash themselves, who has to be spoon-fed? Is this not also an undignified way of

[Traduction]

et débilante, les blessures qui ne cicatrisent pas, et l'incontinence irréversible. Je ne sais pas combien de personnes sont incontinentes dans les maisons de soins mais il me semble que vous ouvrez là une grande porte. C'est cela qui m'inquiétait. Il peut y avoir d'autres moyens de remédier à ce genre de situation avant de donner à ces patients l'option de mettre fin à leurs jours. Si je suis la seule à voir les choses ainsi, ce n'est peut-être pas grave, mais cela a été ma première réaction.

M^{me} Seguin: Je comprends très bien. Je parle ici de graves démangeaisons. Tout le monde a eu de grosses piqûres de moustiques ou de fortes démangeaisons. Il nous est arrivé à tous d'avoir des démangeaisons pendant quelques jours et de nous dire: «Ah, ce n'est rien, ça va passer». Mais à l'époque où j'assurais régulièrement les soins aux patients dans les chambres, j'ai vu de nombreux patients en train de mourir d'insuffisance rénale. Je décris dans mon livre le cas d'un homme qui a décidé de cesser la dialyse. Il est mort cinq jours plus tard.

Pendant toute cette période, il n'avait qu'un seul symptôme intolérable: des démangeaisons. Il avait des démangeaisons à l'intérieur et à l'extérieur du corps et il les décrivait comme: «Des vers, ou quelque chose, qui grouillent à l'intérieur et à l'extérieur de mon corps», et il n'arrêtait pas de crier.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je n'ai pas autant de réserves sur ce point qu'en ce qui concerne l'incontinence, la fatigue chronique et l'insomnie. Nous faisons tous un peu d'insomnie de temps à autre. J'imagine que vous voulez parler de quelqu'un qui n'a pas fermé les yeux pendant 10 jours ou 10 semaines, je ne sais pas.

M^{me} Seguin: Ou pendant 10 ans.

Le sénateur Lavoie-Roux: Pendant 10 ans, peut-être, je ne sais pas.

M^{me} Seguin: Il faut tout voir en fonction de ce qu'éprouve la personne. Je parle du cas de Tanya qui était tellement heureuse d'être à la maison avec sa famille mais terriblement gênée par l'odeur d'urine qui l'entourait constamment parce que l'urine coulait non seulement de sa vessie mais aussi de ses plaies, et cetera. Elle ne voulait plus être avec ses petits enfants. Cette présence constante d'urine était pour elle le comble de l'indignité.

J'ai partagé une chambre d'hôpital avec une patiente qui avait les mêmes sentiments concernant les traitements, et cetera. Dans certains cas, à moins d'être dans la peau de la personne concernée, il est impossible d'imaginer ce que cela signifie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Savez-vous combien de personnes souffrent d'incontinence chronique dans les maisons de soins?

M^{me} Seguin: Oui. C'était le cas de ma mère. Elle n'était même pas dans une maison de soins et elle a été incontinente pendant cinq ans. Ce n'était pas intolérable pour elle mais pour certaines personnes, c'est une indignité impossible à tolérer. Toute la question est là — la liberté de choisir et de définir ce qui est tolérable et ce qui ne l'est pas.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela irait-il jusqu'aux personnes devenues incapables de se nourrir ou de se laver et qu'il faut alimenter à la cuillère? N'est-ce pas terrible de vivre de cette

[Texte]

living? You could extend it to a whole lot of similar problems or problems with the same consequences. That is why I was a little worried about that.

Ms Seguin: I think, though, it all comes back. These are possible things. I have done a whole chapter in the book on what suffering is. Suffering for some people is intolerable tinnitus, a ringing in their ears that they can never get away from. They feel they would like to go and jump off the balcony. They cannot stand it.

We cannot know what that suffering is unless we are enduring it. I am not saying that because somebody has irreversible incontinence that they should be put to death. I am just saying that we have to expand our minds to allow ourselves to see what suffering is to somebody else and acknowledge that suffering. If we can remedy it, fine. If we cannot, we have to listen to them and help them, to see if we can see them through it, go past it, and so on. But if we cannot, we must listen.

The Chairman: Thank you, Ms Seguin and Mr. Campbell. We have detained you very long tonight but we are very grateful for the information you have given to us.

Ms Seguin: We have detained you very long. Thank you very much for the opportunity to appear.

The committee adjourned.

[Translation]

façon? Vous pourriez élargir cela à toutes sortes de problèmes analogues avec les mêmes conséquences. C'est pour cela que je m'inquiète.

M^{me} Seguin: Mais je crois que tout finit par se préciser. Ce sont des possibilités. Le livre contient tout un chapitre sur la souffrance. Pour certaines personnes, c'est un tintement d'oreille intolérable, qu'elles ne peuvent jamais arrêter. Elles ont envie de se jeter par le balcon tant c'est insupportable.

Il est impossible de savoir ce qu'est la souffrance si on ne la vit pas. Je ne dis pas qu'il faut faire disparaître quelqu'un parce qu'il souffre d'incontinence irréversible mais seulement que nous devons avoir une vision plus large pour comprendre et admettre ce qui peut être une souffrance pour quelqu'un d'autre. Si l'on peut y remédier, parfait. Si c'est impossible, il faut écouter ces personnes et les aider, pour voir si l'on peut leur faire dépasser ce cap, et cetera. Mais si l'on ne peut pas, il faut écouter.

La présidente: Merci, madame Seguin et monsieur Campbell. Nous vous avons gardé longtemps ce soir mais nous vous sommes très reconnaissants de nous avoir donné toutes ces informations.

M^{me} Seguin: C'est nous qui vous avons gardés très longtemps. Merci de nous avoir permis de comparaître.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Ottawa and District Physicians who respect Human Life:

Dr. André Lafrance.

From Dying with Dignity:

Marilynne Seguin;

Martin Campbell.

De l'Association des médecins pour le respect de la vie humaine — Région d'Ottawa:

D^r André Lafrance.

De Mourir dans la dignité:

Marilynne Seguin;

Martin Campbell.



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, June 1, 1994

Le mercredi 1 juin 1994

Issue No. 8

Fascicule n° 8



WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Neiman
Corbin	Perrault
Keon	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Changes in Membership of the Committee

Pursuant to Rule 86(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Corbin substituted for that of the Honourable Senator Gigantès. (June 1, 1994)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Neiman
Corbin	Perrault
Keon	

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 86(4) du Règlement, la liste des membres du Comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Corbin est substitué à celui de l'honorable sénateur Gigantès. (le 1 juin 1994)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 1, 1994
(12)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:25 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Corbin, Keon, Lavoie-Roux and Neiman. (5).

Also present the Honourable Senators Marchand, Rossiter and Watt.

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

WITNESSES:

From the Nurses for Life

Mary-Lynn McPherson

Diane Petrucka

Maureen Farnard

From Action Life

Carroll Rees

Jonathan Bloedow

From Choice in Dying

Stanley Rosenbaum

Stella McMurran

From the Right to Life Association of Toronto

June Scandiffo

Dr. Michael Berry

From the Alliance for Life

Jakki Jeffs

Rev. James Dickey

From the Humanist Association of Canada

Trevor Banks

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings or its study on euthanasia and assisted suicide.

Mary-Lynn McPherson, Diane Petrucka and Maureen Farnard made a statement and answered questions.

Stanley Rosenbaum and Stella McMurran made a statement

At 5:00 p.m. the Committee adjourned until approximately 7:15 p.m.

At 7:30 p.m., the meeting resumed.

Stanley Rosenbaum and Stella McMurran answered questions

June Scandiffo and Dr. Michael Berry made a statement and answered questions

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, Le mercredi 1^{er} juin 1994
(12)

[Traduction]

Le Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 25, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (présidente).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Corbin, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (5)

Les honorables sénateurs Marchand, Rossiter et Watt sont également présents.

Présente: De la Bibliothèque du Parlement, Service de recherche: Mme Mollie Dunsmuir.

Également présents: Les sténographes officiels du Sénat.

TEMOINS:

De Nurses for Life

Mary-Lynn McPherson

Diane Petrucka

Maureen Farnard

D'Action pour la vie

Carroll Rees

Jonathan Bloedow

De Choice in Dying

Stanley Rosenbaum

Stella McMurran

De Right to Life Association of Toronto

June Scandiffo

Dr. Michael Berry

De l'Alliance for Life

Jakki Jeffs

Le Révérend James Dickey

De Humanist Association of Canada

Trevor Banks

Conformément à son ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le Comité poursuit ses audiences pour son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Mary-Lynn McPherson, Diane Petrucka et Maureen Farnard présentent un exposé et répondent aux questions.

Stanley Rosenbaum et Stella McMurran présentent un exposé.

À 17 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à environ 19 h 15.

À 19 h 30, la séance reprend.

Stanley Rosenbaum et Stella McMurran répondent aux questions.

June Scandiffo et le Dr. Michael Berry présentent un exposé et répondent aux questions.

[Text]

Jakki Jeffs made a statement and answered questions.

Rev. James Dickey made a statement and answered questions.

Trevor Banks made a statement and answered questions.

At 10:05 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

[Traduction]

Jakki Jeffs présente un exposé et répond aux questions.

Le Révérend James Dickey présente un exposé et répond aux questions.

Trevor Banks présente un exposé et répond aux questions.

À 22 h 05, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

ATTESTÉ:

*Le greffier du Comité
Gary Levy
Clerk of the Committee*

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 1, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairperson*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, our first witnesses are representatives of Nurses for Life, Mary-Lynn Mcpherson, Diane Petrucka, and Maureen Farnand.

Please proceed with your presentation.

Ms Diane Petrucka, Nurses for Life: Good afternoon, senators. Before we start, may we have the senators on the committee introduce themselves so that we know to whom we are speaking?

Senator Beaudoin: Senator Beaudoin.

Senator Keon: I am Dr. Keon.

Senator Corbin: Senator Eymard Corbin from New Brunswick.

Senator Rossiter: Senator Rossiter. I am replacing Senator DeWare.

Senator Watt: I am Senator Watt.

Senator Marchand: Senator Marchand from British Columbia.

Ms Petrucka: Thank you very much.

Ms Mary-Lynn Mcpherson, Nurses for Life: Good afternoon. My name is Mary-Lynn Mcpherson. My colleagues this afternoon are Maureen Farnand on my right, and Diane Petrucka on my left.

Canadian Nurses for Life is a national organization of nurses dedicated to the defence of human life from conception to natural death. We believe that the destruction of human life is in direct contradiction to the moral and ethical responsibilities of our profession. We believe that the active or passive acceptance of the anti-life mentality stands in grave opposition to the ethical, moral, and practical aspects of nursing.

We thank you for inviting us to appear before this committee. As members of what we consider to be a noble profession, we have come to express our opposition to the legalization of euthanasia and/or assisted suicide.

The supposed purpose of legalizing the killing of some patients is to allow them the right to die with dignity by being able to control when and how they die.

Legalizing euthanasia would not be giving anyone the right to die. It would be giving someone — most likely physicians — the right to kill. At this point in our civilization, no one has

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 1 juin 1994

[Traduction]

Le Comité spécial sénatorial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 16 h 15, conformément à son ordre de renvoi, qui est d'examiner les questions juridiques, sociales et éthiques concernant l'euthanasie et le suicide assisté, et de faire rapport à ce sujet.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, nos premiers témoins sont des représentantes de l'organisme *Nurses for Life*, en l'occurrence, Mmes Mary-Lynn Mcpherson, Diane Petrucka et Maureen Farnand.

Je vous cède la parole.

Mme Diane Petrucka, Nurses for Life: Bon après-midi, mesdames et messieurs. Avant de commencer, les sénateurs auraient-ils l'obligeance de se présenter pour que nous sachions à qui nous nous adressons?

Le sénateur Beaudoin: Sénateur Beaudoin.

Le sénateur Keon: Je suis le docteur Keon.

Le sénateur Corbin: Sénateur Eymard Corbin du Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Rossiter: Sénateur Rossiter, en remplacement du sénateur DeWare.

Le sénateur Watt: Je suis le sénateur Watt.

Le sénateur Marchand: Sénateur Marchand de la Colombie-Britannique.

Mme Petrucka: Merci beaucoup.

Mme Mary-Lynn Mcpherson, Nurses for Life: Bonjour, je suis Mary-Lynn Mcpherson. Mes collègues sont Maureen Farnand à ma droite, et Diane Petrucka à ma gauche.

Canadian Nurses for Life est un organisme national dont les membres défendent la vie humaine, de la naissance à la mort naturelle. Tout geste fait en vue de mettre fin à la vie contrevient directement aux devoirs moraux de l'infirmière. Nous estimons que l'acceptation active ou passive de la mentalité qui consiste à ne pas respecter la vie va tout à fait à l'encontre des aspects déontologiques et pratiques de notre profession.

Nous remercions le Comité de nous avoir invitées à témoigner devant lui. À titre de membres d'une profession qui nous semble empreinte de noblesse, nous entendons exprimer notre opposition à la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté.

La légalisation de l'assassinat de certains patients aurait apparemment comme objectif de leur reconnaître le droit de mourir dans la dignité en les laissant maîtres d'en choisir le moment et la manière.

La légalisation de l'euthanasie ne donnerait pas le droit de mourir mais consisterait plutôt à donner à quelqu'un — sans doute un médecin — le droit de tuer. Notre civilisation n'a permis à

[Text]

discovered how to stop anyone from eventually dying; therefore, the right to die cannot be granted by anyone. When someone is contracted to kill someone else, the person who is to die loses the very control they are seeking to obtain.

"Dying with dignity" is a catch phrase used by those who promote killing. As members of a noble profession whose duty, obligation and responsibility is to promote life, we find it impossible to accept that there is dignity in being killed. Being destroyed like a sick animal that no one wants around — which may cost our health care system extensive dollars — is not dignified. It is inhuman and humiliating.

The dangers inherent in legalizing the killing of some people by their doctors are far reaching. The consequences can already be seen in Holland where some people actually carry cards stating they want to be treated if admitted to hospital and that they do not want to be killed off.

As occurred in the Nancy Beth Cruzan case in the United States, there are those who would include in "medical treatment" the provision of such necessities as food and water. Providing basic nutrition and hydration has never been medical treatment because neither treats any illness or disease. In fact, none of us requires a doctor's order for breakfast, lunch or supper. Nutrition and hydration are basic necessities without which life cannot be sustained.

Just over five years ago, Nancy Beth Cruzan's parents petitioned the courts in the United States to force hospital employees to carry out their request to withhold food and water. Nancy Beth was not comatose. She could hear, could see, smiled at amusing stories, cried at times when visitors left.

When Nancy Beth Cruzan was starved to death, she died a horrifying death, deprived of compassion or "dignity".

We have all seen the unforgettable pictures of starving adults and children on news telecasts. We have been shocked by the effects of starvation and dehydration as a result of war and famine. Our souls have been seared by the pictures of the distended bellies, the cracked and swollen lips, the haunting eyes of the victims of starvation in Ethiopia, Bangladesh, Iraq, and many other countries.

Canada is renowned throughout the world as a country of compassionate and caring people who generously seek to relieve so much of this suffering.

A description of death by starvation and thirst would make anyone feel extremely uncomfortable. These emotional reactions are exactly what the proponents of the right to die are counting on.

The following is a text of the resolution passed at the International Congress of the World Federation of Doctors who Respect Human Life which took place in Rome on December 1 and 2, 1989. This federation has almost 300,000 members in 59 countries.

[Traduction]

personne jusqu'ici de découvrir le moyen d'échapper à la mort, de sorte qu'il n'y a pas de droit de mourir à accorder. Lorsque quiconque obtient le contrat de tuer quelqu'un, la personne qui doit mourir perd le contrôle qu'elle voulait exercer sur sa mort.

«Mourir dans la dignité» est une figure de style utilisée par ceux qui préconisent l'assassinat. En tant que membres d'une noble profession qui a le devoir, l'obligation et la responsabilité de promouvoir la vie, il nous est impossible de percevoir quelque dignité dans le fait d'être assassiné. Il n'y a rien de digne à être liquidé comme l'animal malade dont plus personne ne veut, parce que les soins coûteraient trop cher au régime de santé; c'est plutôt inhumain et humiliant.

La légalisation de l'assassinat de certaines personnes par des médecins comporte des dangers considérables. On peut déjà en constater les conséquences en Hollande où certains portent sur eux une carte où ils ont exprimé leur volonté d'être soignés en cas d'hospitalisation, et non celle d'être assassinés.

Comme on l'a vu dans l'affaire Nancy Beth Cruzan, aux États-Unis, certains voudraient inclure dans la notion de «traitement médical» des fonctions aussi essentielles que l'alimentation ou l'hydratation. Le fait de donner à boire et à manger n'a jamais été considéré comme un traitement médical destiné à soigner une maladie. Aucun de nous n'a besoin d'une ordonnance médicale pour déjeuner, dîner ou souper. La nutrition et l'hydratation sont des besoins absolument vitaux.

Il y a un peu plus de cinq ans, les parents de Nancy Beth Cruzan se sont adressés aux tribunaux américains afin d'obliger des employés d'hôpital à mettre à exécution leur décision de ne plus nourrir ou hydrater leur fille. Nancy Beth n'était pas dans le coma. Elle pouvait entendre, voir, sourire après une histoire drôle et pleurer, parfois, au départ de ses visiteurs.

Privée de nourriture, Nancy Beth Cruzan a connu une mort atroce, dénuée de compassion ou de «dignité».

Nous avons tous été bouleversés en voyant à la télévision ces images d'adultes et d'enfants victimes de la famine. La mort par inanition et déshydratation à cause de la guerre ou de la sécheresse nous révolte. Nous avons trouvé insoutenable de voir les ventres gonflés, les lèvres boursoufflées et fendillées et les yeux hagards des victimes de la famine en Éthiopie, au Bangladesh, en Irak et dans bien d'autres pays.

Partout dans le monde, les Canadiens ont la réputation d'être compatissants et de se montrer généreux lorsqu'il s'agit de soulager des souffrances semblables.

La description de la mort provoquée par inanition et déshydratation est extrêmement difficile à soutenir. Ces réactions émotives sont justement celles que recherchent les défenseurs du droit de mourir.

À son congrès international tenu à Rome les 1er et 2 décembre 1989, la Fédération mondiale des médecins pour le respect de la vie humaine, qui compte quelque 300 000 membres provenant de 59 pays, a adopté une résolution que nous allons citer:

[Texte]

In every case of terminal illness, it is a cruel and anti-medical practice to withdraw nutrition and hydration and thus to cause the patient to die of hunger and thirst, which can only increase his suffering. Nutrition and hydration are a basic life-maintaining need even if administered intravenously or by gastric tube.

If we can get the people to accept the removal of all treatment and care, especially the removal of food and fluids, they will see what a painful way this is to die, and then, in the patient's best interests, they will accept the lethal injection.

Helgo Kuhse of Monash University, Australia, clearly outlined the group's international strategy at a 1984 meeting of the World Federation of Right to Die Societies.

Proponents of euthanasia have publicly acknowledged that we have to go step by step, with the living will, with the power of attorney, that we have to go stage by stage.

The first step is to have a compassionate people believe that there is such a thing as a life not worth living.

The next step leads us inevitably to the living will. If euthanasia and/or assisted suicide is legalized, the only logical method for a patient to convey his wishes for treatment should he or she become incompetent is to prepare a legal document in advance. Who can know for certain what the future might hold?

This emphasis on the need for a living will also implies that, unless clearly directed by their patients, nurses will give poor nursing care; the patient has lost any or all right to refuse treatment and that these rights must be acquired by signing a legal document; that patients must expect to be treated excessively if no such document exists; that patients unable to exert their rights have no rights.

Canadian Nurses for Life believes that there does not appear to be any good reason for making into law what is already good nursing practice. As patient advocates, we have always been aware of our patient's already existing right to refuse treatment. In our role as health care educators, nurses ensure that patients are informed as to their health status, their treatment, and the ramifications, if any, of this treatment. This knowledge empowers patients to form their own conclusions and to make informed decisions regarding their treatment and care. This has always been so. To imply otherwise, as we believe this would, is to attack the very foundation upon which the trusting nurse-patient relationship is built.

The underlying premise of requiring a living will is that nurses not only treat patients contrary to their wishes, but that they routinely overtreat patients. The trust implicit in the nurse-patient relationship can only be undermined by such false reasoning. Nurses do not treat patients contrary to their needs or wishes. Undertreatment is more likely to occur than overtreatment. With the cutbacks in health care over the last few years, most patients

[Translation]

Lors de toute maladie mortelle, il est cruel et contraire à la pratique médicale de priver le malade de nourriture et d'hydratation, et de le faire ainsi mourir de faim et de soif, ce qui ne fait qu'accroître sa souffrance. La nutrition et l'hydratation sont essentielles au maintien de la vie, même si elles s'effectuent par voie intraveineuse ou par gavage.

Si nous parvenons à faire accepter de mettre fin à tout traitement et, en particulier, de supprimer la nourriture et les liquides, les gens comprendront combien cette mort est pénible et, dans l'intérêt supérieur des malades, ils accepteront l'injection d'une dose mortelle de médicament.

Helgo Kuhse de l'Université Monash d'Australie a très clairement énoncé la stratégie internationale de ce groupe à la réunion de la Fédération mondiale des associations pour le droit de mourir dans la dignité tenue en 1984.

Les tenants de l'euthanasie se sont exprimés ainsi: il faut y aller pas à pas, avec le testament biologique, le mandat... nous ne devons pas brûler les étapes.

D'abord, il s'agit d'amener les personnes compatissantes à croire que la vie ne peut pas être digne d'être vécue.

La deuxième étape mène inévitablement au testament biologique. Si l'euthanasie ou le suicide assisté sont légalisés, la seule façon logique de connaître les vœux d'un patient réside dans un document juridique qu'il aura rédigé à l'avance. Comment savoir ce que l'avenir nous réserve?

L'accent mis sur la nécessité du testament biologique laisse aussi entendre qu'à moins que le malade n'y ait pourvu, il ne recevra pas de bons soins infirmiers; qu'un malade perd en partie ou en totalité ses droits de refuser un traitement et qu'il doit protéger ces droits en signant un document juridique; que sans ce document juridique, les malades doivent s'attendre à être soignés à l'excès; et que les malades incapables d'exercer leurs droits n'en n'ont plus.

Canadian Nurses for Life ne voit pas de bonne raison qui justifierait d'inscrire dans la loi ce qui constitue déjà une pratique infirmière. En tant que protectrices des malades, nous avons toujours été conscientes du droit dont ils jouissent déjà de refuser un traitement. En tant qu'éducatrices en matière de soins de santé, nous pouvons garantir que les malades sont informés de leur état de santé, ainsi que de leur traitement et de ses conséquences éventuelles. L'information permet aux malades de tirer leurs propres conclusions et de prendre une décision éclairée en ce qui concerne leur traitement et leurs soins. Il en a toujours été ainsi. Prétendre le contraire, comme au moyen d'un testament biologique, ce serait saper à la base la relation de confiance qui existe entre l'infirmière et le malade.

Le testament biologique repose sur l'hypothèse selon laquelle non seulement les infirmières soignent les malades malgré eux, mais encore qu'elles leur prodiguent couramment des soins excessifs. On ne doit pas laisser un raisonnement aussi faux miner la confiance sur laquelle reposent les rapports entre le malade et l'infirmière. Nous ne traitons pas les malades au-delà de leurs besoins ou contre leur gré. C'est plutôt le manque de

[Text]

receive basic care and are lucky if they are not sent home while they are still ill. We believe that living wills are unnecessary.

The Law Reform Commission, in their Working Paper 28, came to the same conclusion. Their position was based on the view that the practice of terminating useless treatment is such a well-established ethic that there is no need for specific living will legislation in Canada. The Criminal Code of Canada affirms that treatment performed without legally effective consent constitutes an assault against the person. Canadian law already recognizes the basic common law approach upholding the individual's right to refuse treatment.

Living wills will advance societal acceptance not only of the right to die, but of the duty to be killed. Dr. John Scott, director of palliative care at Ottawa's Elizabeth Bruyère Health Care Centre, believes the sick and dying may eventually feel pressures to end their lives to avoid becoming a burden.

The bearing of burdens is what makes us human. Rather than abandoning the weak, the defenceless and the suffering, human beings nurture and care for them.

When Barbara Blodgett was comatose for months following a motor vehicle accident, her family stayed with her, cared for her, loved her. Barbara was pregnant with her second child. After being in a coma for six months, Barbara delivered a healthy child. Shortly following her child's birth, Barbara began to wake up. She is now at home with her husband and family.

In legally sanctioning the right of some patients to be killed, the government must inevitably accept the responsibility of ensuring this right is upheld. In other words, the government must ensure that there are doctors who will do the killing. This means that doctors who may not wish to participate in killing their patients may be legally compelled to do so.

Some twenty years ago, then Justice Minister Jean Chrétien was asked a question at a Liberal policy convention by one of our members. She asked Mr. Chrétien what action the government would take to ensure that the abortion section of the omnibus bill would not be liberally interpreted and that abortions would not be done for just any reason. Mr. Chrétien answered that "doctors could be trusted".

Over 1.5 million abortions later, we realize that some doctors cannot be trusted. When killing for some reason is accepted, eventually killing for no reason becomes acceptable.

Why should we accept that killing by euthanasia would be interpreted any differently from killing by abortion?

Although many hospitals deny the practice, we hear from many nurses who are not hired unless they agree to assist with abortions. Our organization hears often from nurses who are told that they

[Traduction]

soins que leur surabondance qu'il faut déplorer. Ces dernières années, à cause des compressions dans les soins de santé, la majorité des malades n'obtiennent que le minimum de soins et ils ont de la chance s'ils ne sont pas renvoyés prématurément à la maison. Nous ne voyons pas la nécessité du testament biologique.

La Commission de réforme du droit est parvenue à la même conclusion dans son document de travail numéro 28. Elle a justifié sa position en disant que la cessation ou l'interruption de soins inutiles était une pratique si bien établie en déontologie qu'il n'y avait pas lieu, au Canada, de légiférer en matière de testament biologique. En vertu du Code criminel canadien, tout traitement prodigué sans consentement légal constitue une agression (contre la personne). Le droit de l'individu de refuser un traitement fait déjà partie des principes de base de la *common law* canadienne.

Le testament biologique aura pour effet de faire accepter par la société non seulement le droit de mourir, mais aussi le devoir de se laisser tuer. Selon le docteur John Scott, directeur des soins palliatifs au Centre de santé Élizabeth-Bruyère d'Ottawa, les malades et les mourants pourraient se sentir pressés de mettre fin à leur vie pour éviter de devenir un fardeau.

La faculté de supporter les fardeaux est dans la nature humaine. Au lieu d'abandonner les faibles, les êtres sans défense et ceux qui souffrent, les êtres humains les soignent et s'en occupent.

Pendant que Barbara Blodgett était dans le coma à la suite d'un accident de la route, sa famille est restée à son chevet pour la soigner et lui témoigner de l'amour. Barbara était enceinte de son deuxième enfant. Après six mois de coma, elle a mis au monde un bébé en bonne santé. Peu de temps après l'accouchement, elle reprenait graduellement conscience. Elle est maintenant chez elle, avec son mari et les siens.

Si le gouvernement légalise le droit de tuer certains patients, il doit nécessairement assumer la responsabilité de mettre ce droit à exécution. Autrement dit, il devra s'assurer que des médecins acceptent de donner la mort. Ainsi, des médecins qui ne voudraient pas participer à l'assassinat de leurs patients pourraient fort bien y être contraints en justice.

Il y a une vingtaine d'années, lors d'un congrès portant sur le programme du Parti libéral, l'une de nos membres a posé une question à M. Jean Chrétien, qui était alors ministre de la Justice. Elle voulait savoir quelle mesure le gouvernement prendrait pour éviter d'interpréter trop librement les dispositions d'un projet de loi omnibus en matière d'avortement et pour qu'il n'y ait pas d'avortements sans raison valable. M. Chrétien lui a répondu «qu'il fallait faire confiance aux médecins».

Maintenant qu'il s'est pratiqué plus d'un million et demi d'avortements, on sait que les médecins ne sont pas tous dignes de confiance. Quand il devient acceptable de tuer pour une raison quelconque, il faut s'attendre à ce que le fait de tuer sans raison le devienne aussi.

Pourquoi faudrait-il accepter que l'assassinat par euthanasie soit interprété différemment de l'assassinat par avortement?

Bien qu'un grand nombre d'hôpitaux prétendent ne pas faire d'avortements, nous savons que beaucoup d'infirmières ne sont pas embauchées à moins d'accepter de collaborer à des

[Texte]

must assist with the killing of their unborn patients or lose their jobs.

Our society cannot afford to slide any farther down the slippery slope to utilitarianism. As a compassionate and caring nation, we must be prepared to protect and care for our most vulnerable members. We must improve access to palliative care, not kill those who suffer.

Canadian Nurses for Life has been in existence since early 1986. Since then, we have been involved, both provincially and federally, in attempting to obtain legislation which would provide conscience rights for all health care workers. Euthanasia legislation of any sort will certainly involve health care providers, either directly or indirectly, whether by assisting in the withdrawal of necessary treatment and/or basic nutrition and hydration, or by preparing and/or administering the lethal injection. Although our focus at times has been protection of health care workers, our primary consideration has always been and will always remain the protection of our patients: the unborn child, the handicapped, the elderly, the terminally ill, the criminal, and the suicidal patient.

Nurses fully understand the consequences of being in the immediate vicinity of a suffering, perhaps dying person. The basis of good nursing care is the trusting, caring relationship between nurses and patient. Most ill patients not only understand but expect that nurses will care about them as well as for them. How quickly and inevitably would it follow, once doctors were allowed to kill some of their patients for any reason, that nurses would be forced to kill some of their patients? The most frightening aspect of any legislation legalizing euthanasia and/or assisted suicide is its blatant attempt to change caregivers into killers.

In a compassionate society, when a person is suffering, it must always be perceived that it is the pain that is burdensome, not the patient; that it is the pain which must be removed, not the person.

Do not ask us to sanction or be involved in any way in the killing of our patients. We know we may not always be able to heal them. We will care for them. We will love them. We will comfort them while they die. We will not be accomplices to kill them.

The Chairman: Thank you, Ms Mcpherson. We have arranged for the representatives of Action Life to present their brief next, and then we shall have an opportunity for the members of the committee to put questions, as they wish, to any of the witnesses.

Senator Lavoie-Roux: Madam Chairman, will we not have an opportunity to question the witnesses now?

The Chairman: No. We will hear one more brief and then we will question both groups together. They are all sitting up here together.

[Translation]

avortements. Souvent, des infirmières informent notre organisation qu'elles sont menacées de perdre leur emploi si elles refusent d'aider à assassiner des patients non encore nés.

Notre société ne peut pas se permettre de glisser encore plus bas sur la pente de l'utilitarisme. En tant que citoyens d'un pays chaleureux et compatissant, nous devons être prêts à protéger les plus vulnérables de nos membres et à les soigner. Il faut améliorer l'accès aux soins palliatifs — non pas tuer ceux qui souffrent.

Notre association existe depuis le début de 1986. Depuis sa création, nous avons pris position, à l'échelle provinciale et fédérale, afin de faire inscrire dans la loi le droit à l'objection de conscience pour tous les travailleurs de la santé. Si l'euthanasie est légalisée de quelque façon, cela touchera certainement les travailleurs de la santé, directement ou indirectement, qu'ils soient appelés à intervenir pour supprimer un traitement nécessaire ou cesser de nourrir ou d'hydrater un patient, ou qu'ils soient tenus de préparer ou d'administrer une injection mortelle. Bien que nous nous soyons parfois concentrées sur la protection des travailleurs de la santé, notre première préoccupation a toujours été et demeurera à jamais la protection de nos patients: l'enfant à naître, la personne handicapée, le vieillard, le malade en phase terminale, le criminel et la personne suicidaire.

En tant qu'infirmières, nous savons parfaitement ce que comporte la proximité avec une personne qui souffre, voire qui est à la veille de mourir. Les vrais soins infirmiers doivent reposer sur un rapport malade-infirmière fondé sur la confiance et la compassion. Non seulement la plupart des malades comprennent que les infirmières ont leurs intérêts à cœur et qu'elles vont les soutenir, mais ils s'y attendent. Lorsqu'il sera permis aux médecins de tuer des patients pour une raison quelconque, avec quelle rapidité les infirmières seront ensuite inévitablement obligées, elles, d'en faire autant? L'aspect le plus redoutable de toute législation ayant pour effet de légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté est cette tentative manifeste de transformer des dispensateurs de soins en tueurs.

Dans une société compatissante, quand une personne souffre, c'est le mal qui doit toujours être perçu comme pénible, non le malade; c'est la souffrance qu'il faut supprimer, non la personne.

Ne nous demandez pas de sanctionner l'assassinat de nos malades ou d'y être associées de quelque façon. Nous savons qu'il n'est pas toujours possible de les guérir. Mais nous allons les soigner, les aimer et les reconforter au moment de leur mort. Nous ne serons pas complices de leur assassinat.

La présidente: Merci, madame Mcpherson. Les représentants d'*Action pour la vie* vont maintenant présenter leur mémoire, après quoi nous permettrons aux membres du Comité de poser des questions aux témoins de leur choix.

Le sénateur Lavoie-Roux: Madame la présidente, nous ne pouvons pas poser de questions aux témoins maintenant?

La présidente: Non. Nous allons entendre un autre exposé, après quoi nous pourrions interroger les deux groupes. Ils sont tous assis ensemble.

[Text]

Senator Beaudoin: Do the witnesses represent different opinions?

Ms Carol Rees, Action Life: We are also opposed to euthanasia.

Ms Petrucka: We are from the nursing profession, but two different organizations.

Senator Lavoie-Roux: Madam Chairman, I think every group that has sent us a brief should be questioned on its brief. However, I am not raising a problem here. Is the position that everyone who has one philosophy or one idea should be pushed together and should be questioned together? This is something that I do not quite understand, but I will let it go this afternoon.

The Chairman: We arranged the witnesses in this fashion, Senator Lavoie-Roux—and we have done it on a couple of occasions—because we have so many witnesses today. We hoped that you would be able to put questions to any of the witnesses and that both groups would be free to answer individually. We would like senators to understand that.

Senator Corbin: The brief that I have in my hand appears to be very lengthy. Is it the intention of the witness to read the entire brief?

Ms Rees: No. We have been asked to limit our presentation to 15 minutes.

Senator Corbin: That is fine.

Ms Rees: Good afternoon, honourable senators. My name is Carol Rees. I am the Executive Director of Action Life. To my left is Jonathan Bloedow, a member of Action Life. He is currently working toward a master's degree at Cornell University, and is the author of our brief. Jonathan will present an abbreviated version of our brief.

First, I would like to start by telling you a little about Action Life. We are one of 257 pro-life educational groups across the country which are affiliated to the national organization, Alliance for Life. We have been incorporated since 1972 and we represent some 4,000 members in the Ottawa-Carleton area.

Action Life's mandate is to promote respect for human life through public education. This task provides us with opportunities to meet with the public and discuss their views on the life issues. Recently, we have found that those who have expressed many fears concerning the dying process have been persuaded to feel that the only way to assure themselves a "good death" is to support euthanasia. We feel that many of these fears are ill-founded and could easily be alleviated through awareness of the excellent palliative care which is available.

The major concerns expressed are: a fear of dying in uncontrolled pain; a fear of being subjected to unwanted and/or unwarranted medical treatment; a fear of being a burden on others; and, a fear of loss of dignity.

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Les témoins prônent-ils des opinions différentes?

Mme Carol Rees, Action pour la vie: Nous aussi, nous sommes contre l'euthanasie.

Mme Petrucka: Nous sommes toutes des infirmières, mais nous faisons partie d'organisations différentes.

Le sénateur Lavoie-Roux: Madame la présidente, je pense que chaque groupe qui nous a fait parvenir un mémoire devrait être interrogé sur ce mémoire. Cependant, je ne veux pas créer de problème. Veut-on faire en sorte de rassembler toutes les personnes qui ont la même idée ou la même philosophie et de les interroger ensemble? C'est là une chose que je ne comprends pas tellement, mais je vais laisser passer pour cet après-midi.

La présidente: Sénateur Lavoie-Roux, nous avons structuré les témoignages de cette façon — comme nous l'avons fait à quelques reprises — parce que nous avons tellement de témoins aujourd'hui. Nous avons pensé que vous pourriez poser des questions à n'importe lequel des témoins et que les deux groupes seraient libres de répondre de façon individuelle. Nous aimerions que les sénateurs le comprennent.

Le sénateur Corbin: Le mémoire que j'ai entre les mains me paraît très long. Est-ce que le témoin a l'intention de le lire en entier?

Mme Rees: Non. On nous a demandé de limiter notre exposé à 15 minutes.

Le sénateur Corbin: Très bien.

Mme Rees: Bonjour, honorables sénateurs. Je suis Carol Rees, directrice administrative d'Action pour la vie. À ma gauche, vous avez M. Jonathan Bloedow, membre d'Action pour la vie. M. Bloedow est actuellement étudiant en maîtrise à l'Université Cornell, et c'est lui qui a rédigé notre mémoire dont il vous donnera une version abrégée.

Premièrement, j'aimerais vous donner quelques détails au sujet de notre organisme. Nous sommes l'un des 257 groupes d'action éducative pro-vie au Canada, qui sont affiliés à l'organisme national *Alliance pour la vie*. Nous sommes constitués en corporation depuis 1972 et nous représentons environ 4 000 membres de la région d'Ottawa-Carleton.

Action pour la vie a pour mandat de promouvoir le respect de la vie humaine par le biais de l'information du public. À ce titre, nous sommes amenés à rencontrer la population et à discuter de ses opinions concernant les problèmes liés à la vie. Récemment, nous avons constaté que ceux qui ont dit craindre à maints égards le processus de la mort ont été persuadés de croire que la seule façon de s'assurer une «bonne mort» était d'accepter l'euthanasie. À notre avis, les nombreuses craintes qu'entretiennent ces personnes sont sans fondement et pourraient facilement s'estomper si elles étaient sensibilisées à l'excellence des soins palliatifs qui sont offerts.

Entre autres grandes préoccupations, mentionnons la peur de mourir dans la douleur, la peur d'être assujéti à un traitement médical non désiré et non justifié, la peur d'être un fardeau pour les autres et, enfin, la peur de perdre sa dignité.

[Texte]

At a recent workshop in Ottawa, Dr. Barry de Veber, who is an internationally renowned oncologist specializing in the care of children with cancer, assured us that more than 95 per cent of pain can be controlled through the appropriate use of opiates and narcotics, the most common being morphine. Dr. de Veber also assured us that the perceived problem of patients dying in uncontrolled pain is not due to the unavailability of adequate pain relief but, rather, is due to ignorance and fear within the medical profession.

The higher effective dosages of morphine required to control pain in cancer patients are withheld from patients because health care workers fear that administering them could hasten the patient's death or result in addiction. His recommendation is that more emphasis be placed on teaching effective pain control to medical students.

For your own interest, I have brought with me copies of Dr. de Veber's presentation which I will hand out later.

The general public believes that, without legalized euthanasia, one is doomed to submit to invasive and unwanted medical treatment. Unfortunately, it is not well understood by the general public that patients have the common law right to refuse any medical treatment, even if forgoing that treatment may increase the chance of dying. In fact, the average person is unaware that a doctor who treats a patient against his or her expressed wishes can be charged with assault. It is extremely important that efforts be made to properly instruct the general public about the well-established legal principle which grants them personal autonomy with regard to their medical treatment.

At this time, I would like to emphasize that there is no law, medical group, church, or anti-euthanasia organization which insists on unnecessary, useless, heroic or unduly burdensome measures to keep a dying person alive.

Increasingly, however, the fear of "becoming a burden" is being expressed by the weaker members of our society. We think this fear raises serious questions about the attitude being transmitted to our elderly and handicapped. In a truly caring society, those who become dependent do not perceive themselves as having a "duty to die". Canadian society has never regarded pity, compassion and mercy as a justification for killing others. This must not change.

Rita Marker of the International Anti-Euthanasia Task Force recently wrote:

Watching our loved ones grow old is one of life's lessons. We need to learn how to die, you know, just as we need to learn how to meet every other challenge we face in life. We learn that, as we do almost everything else, from our elders.

I am always a little puzzled by people who tell me they are afraid of being a burden to their children. I wonder why they

[Translation]

Lors d'un atelier tenu récemment à Ottawa, le docteur Barry de Veber, oncologue reconnu sur la scène internationale et spécialiste des soins aux enfants atteints de cancer, nous a assurés que plus de 95 p. 100 de la douleur pouvait être contrôlée grâce à des doses adéquates d'opiacés et de narcotiques, dont le plus connu est la morphine. Le docteur de Veber nous a également assurés que le problème, bien connu, des patients qui meurent dans la douleur n'est pas attribuable au manque de médicaments anti-douleur, mais bien plutôt à l'ignorance et à la peur au sein du corps médical.

Les travailleurs de la santé refusent de donner les doses plus fortes de morphine qui sont nécessaires pour contrôler la douleur chez les cancéreux de peur que ce médicament accélère la mort du patient ou crée une accoutumance. Le docteur de Veber recommande que l'on enseigne mieux aux étudiants de médecine à contrôler la douleur.

Pour votre information, j'ai avec moi des exemplaires de l'exposé du docteur de Veber que je distribuerai plus tard.

Les Canadiens croient que si l'on ne légalise pas l'euthanasie, ils sont condamnés à subir un traitement médical agressif et non désiré. Malheureusement, les gens ne comprennent pas que les patients ont, en *common law*, le droit de refuser un traitement médical, même si ce refus risque de les faire mourir plus vite. En fait, le Canadien moyen ne sait pas qu'un médecin qui traite un patient contre sa volonté peut être accusé de voie de fait. Il est extrêmement important de s'efforcer d'informer le public de ce principe juridique bien établi qui lui accorde un droit de regard sur les traitements médicaux qu'un patient accepte de recevoir ou non.

Je tiens à dire, et j'insiste là-dessus, qu'aucune loi, aucun groupe médical, aucun organisme confessionnel, ni aucune organisation anti-euthanasie ne préconise l'adoption de mesures inutiles, héroïques ou indûment accablantes pour garder une personne en vie.

Cependant, les membres plus vulnérables de notre société disent de plus en plus craindre «de devenir un fardeau» pour la société. À notre avis, cette peur soulève des questions importantes quant à l'attitude de nos personnes âgées et handicapées. Dans une société véritablement compatissante, les personnes qui perdent leur autonomie ne se sentent pas «obligées de mourir». La société canadienne n'a jamais considéré la pitié, la compassion et l'indulgence comme des prétextes justifiant l'assassinat d'autres personnes. Et cela ne doit pas changer.

Rita Marker, de l'*International Anti-Euthanasia Task Force*, écrivait récemment ceci:

Voir grandir ceux qui nous sont chers, voilà une des belles leçons de la vie. Il nous faut apprendre à mourir, vous savez, tout comme il faut apprendre à relever chacun des défis que pose la vie. Et comme presque toujours, ces choses-là, nous les apprenons de nos aînés.

Je suis toujours un peu surprise d'entendre les gens me dire qu'ils ont peur de devenir un fardeau pour leurs enfants. Je

[Text]

want to cheat them out of one of life's lessons. I, personally, plan on being a burden to mine. I owe them that honour.

I would not have traded the time I spent looking after my elderly mother for any other time in my life. She was my mother. I loved her dearly. And, just as she taught me about the beginning of life, she taught me too about the end of life. Why would I wilfully cheat my children of such a lesson?

Many people fear a loss of dignity and have somehow been convinced that the best means by which they can achieve a dignified death is by being killed by their physician. As members of the pro-life movement we do not believe there is any dignity in allowing ourselves to be killed.

A better definition of "death with dignity" can be found in an article by Dr. Elizabeth Latimer which appeared in the "Ontario Medical Review" of February 1992 in which she stated:

The dignity of human beings is derived from inherent worth, not worth "for something". Dignity is, therefore, an endowment that is largely reflected and conveyed in an attitude of respect and tenderness shown by others. Although the process of an illness and decline may significantly change people, it can never remove their dignity unless others allow it to do so. Such dignity can be seen in the forbearance, humour and grace with which people deal with their suffering, and in the tenderness with which others care for them.

We realize that it is never easy to watch a person die, but it is important to note that through this experience we have the tremendous potential of either affirming or denying a person's sense of dignity by the degree to which we accept and care for them through this difficult time. In the same article quoted above, Dr. Latimer points out:

The greatest lobby for euthanasia comes from a group that can best be termed "the worried well". Sick and dying people rarely request euthanasia as the experience of those caring for the dying in palliative care or a hospice will confirm. This is particularly true when they and their families receive intensive support of a physical, psychological and spiritual nature.

We believe that the positive and compassionate response to a dying patient's needs can be found in good palliative care. Palliative care affirms life while recognizing that death is part of living: Palliative care does not seek to lengthen or shorten a patient's last days but to make them as rewarding and pain-free as possible.

[Traduction]

me demande pourquoi ils veulent les priver de cette leçon de la vie. Personnellement, je me propose bien d'être un fardeau pour les miens. Je leur dois bien cet honneur.

Pour rien au monde, je ne donnerais à quiconque le temps que j'ai passé à m'occuper de ma mère âgée. C'était ma mère, je l'aimais beaucoup. Et tout comme elle m'a appris à entrer dans la vie, elle m'a aussi appris ce que c'était que d'en sortir. Pourquoi priverais-je délibérément mes enfants d'une telle leçon?

Beaucoup de gens ont peur de perdre leur dignité et sont dans une certaine mesure convaincus que le meilleur moyen de mourir dans la dignité, c'est de se faire tuer par leur médecin. En tant que membres du mouvement pro-vie, nous ne voyons rien de digne dans le fait de donner à quelqu'un d'autre le droit de nous tuer.

On trouve une meilleure définition de la «mort dans la dignité» dans un article rédigé par le docteur Elizabeth Latimer, paru dans le numéro de février 1992 de l'*Ontario Medical Review*:

L'être humain trouve sa dignité dans sa valeur inhérente, non dans une valeur «attribuée à autre chose». Par conséquent, la dignité est une grâce qui se manifeste principalement dans le respect et la tendresse que nous témoignent les autres. Bien que la maladie et le déclin puissent changer radicalement une personne, ils ne peuvent jamais lui enlever sa dignité, à moins que d'autres ne permettent qu'il en soit ainsi. Cette dignité se manifeste dans la tolérance, l'humour et la grâce avec lesquelles la personne compose avec sa souffrance, ainsi que dans la tendresse que lui témoignent les autres.

Nous sommes conscients qu'il n'est jamais facile de voir mourir une personne, mais il est important de remarquer que cette expérience nous procure d'énormes possibilités, soit d'accorder, soit de dénier au mourant le sens de la dignité dans la mesure où nous acceptons cette maladie et que nous faisons preuve de compassion envers le malade dans cette période difficile. Dans le même article cité ci-dessus, le docteur Latimer fait remarquer ceci:

Les tenants les plus convaincus de l'euthanasie sont ceux que l'on peut décrire à juste titre comme étant les «bien-portants inquiets». Une personne malade et sur le point de mourir va rarement demander d'être euthanasiée, comme l'affirment les gens qui travaillent auprès des mourants dans les unités de soins palliatifs ou les foyers pour vieillards. Et cela est particulièrement vrai lorsque le malade et sa famille jouissent d'un appui solide tant sur le plan physique, psychologique que spirituel.

Des soins palliatifs prodigués de façon positive et avec compassion, voilà la réponse aux besoins d'un patient à l'étape de la mort. Les soins palliatifs viennent renforcer la vie tout en reconnaissant que la mort fait partie de cette vie. Les soins palliatifs ne visent pas à prolonger ou à raccourcir les derniers jours d'un patient, mais à faire en sorte que ces derniers moments soient les plus valorisants et les plus doux possible.

[Texte]

The emphasis is on comfort rather than cure. The patient has a say in all decisions about treatments and almost all pain can be relieved, allowing patients to die with true human dignity. Staff may encourage a patient to die at home, if that is possible and desired.

Palliative care units are doing a great deal to help foster a growing understanding of the psychology of dying and the needs of the dying patient and the family. If there is a right to die, it surely should be the right to die naturally rather than to be subjected to a form of capital punishment for the crime of failing to die soon enough.

Experience has shown that patients rarely request assisted suicide if they receive the support and care they need. We must not accept the false claims of euthanasia advocates who say that killing a person is compassionate and dignified. Let us make the increased availability of palliative care our priority rather than promoting the legalization of physician-mediated killing. Nothing less than the very humanity of our nation is at stake. Let us choose life, not death.

Jonathan Bloedow will now present an abbreviated version of our brief.

Mr. Jonathan Bloedow, Action Life: Good afternoon, senators.

Having looked at much literature on the subject of euthanasia, we are convinced that the debate reduces to one fundamental question. The position we end up taking on the particulars will be mostly determined by how we answer this one question. The question is whether or not human life is valuable and, if so, why it is valuable. The following quotation from William Gairdner's book *The War Against The Family* provides a good approach to the question:

If we consider life as a process of living from beginning to end, in which we are conceived in a human body and expect to be nurtured in our parents' arms and die in our children's, the central question to be asked is, What protects our children from us, and us from them? Reflection will reveal that nothing whatsoever can protect a single human soul from the ambitions of a group, except for the obedience of the group itself to some higher inviolable standard of behaviour that declares each soul to be worthy of preservation and dignity. This protection is further strengthened if it is deemed to flow from a higher being. But when faith in the higher being is aggressively challenged, many such protections erode, and the motives for all social action become increasingly utilitarian. At that point, all group values change according to whoever controls the group. Tribal elders? Dictators? The Supreme Court? You name it.

[Translation]

On met davantage l'accent sur le confort que sur la guérison. Le patient a son mot à dire dans toutes les décisions concernant les traitements et on arrive presque à atténuer toute la douleur, permettant ainsi au patient de mourir dans un véritable climat de dignité humaine. Le personnel peut inviter un patient à mourir à la maison, si cela est possible, et si le patient le désire.

Dans les unités de soins palliatifs, on déploie de nombreux efforts pour mieux faire comprendre la psychologie de la mort et les besoins du patient et de la famille. S'il existe un droit à la mort, cela doit sûrement être un droit à la mort naturelle et non l'imposition d'une forme de peine capitale pour le crime qu'on aurait commis, c'est-à-dire de ne pas mourir assez vite.

L'expérience montre que les patients demandent rarement le suicide assisté s'ils ont l'appui et les soins dont ils ont besoin. Il nous faut rejeter les fausses prétentions des tenants de l'euthanasie pour qui le fait de tuer une personne est synonyme de compassion et de dignité. Faisons notre priorité de l'augmentation des unités de soins palliatifs au lieu de promouvoir la légalisation de l'assassinat par un médecin. C'est tout le caractère humanitaire de notre peuple qui est en cause. C'est la vie qu'il faut choisir, non la mort.

M. Jonathan Bloedow va maintenant donner une version abrégée de notre mémoire.

M. Jonathan Bloedow, Action pour la vie: Bon après-midi, honorables sénateurs.

Après avoir examiné l'ensemble de la documentation sur la question de l'euthanasie, nous sommes convaincus que le débat se résume à une seule question fondamentale. Quant à notre position au sujet des détails pratiques, elle sera en grande partie modelée par notre réponse à cette question. La question est précisément de savoir si oui ou non la vie humaine a une valeur et, le cas échéant, pourquoi. La citation suivante tirée de l'ouvrage rédigé par William Gairdner et intitulé *The War Against the Family* permet d'envisager la question sous un angle favorable:

Si nous considérons la vie comme un processus de vie du début à la fin au cours duquel nous sommes conçus dans un corps humain, nous nous attendons à être nourris dans les bras de nos parents et à mourir dans ceux de nos enfants, la question capitale que nous devons poser est la suivante: qu'est-ce qui protège nos enfants de nous et nous, d'eux? Si nous réfléchissons, nous découvrons que rien ne protège un seul humain contre les ambitions d'un groupe si ce dernier n'obéit pas lui-même à quelque norme de comportement supérieur et inviolable selon laquelle chacun mérite protection et dignité. Cette protection est d'autant plus forte qu'on croit qu'elle vient d'un être supérieur. Mais quand la foi en un être supérieur est contestée avec agressivité, nombre de protections de cette nature sont battues en brèche, et ce qui motive toute action sociale devient de plus en plus utilitaire. Une fois ce point atteint, toutes les valeurs collectives changent selon l'identité de celui qui contrôle le groupe. Les anciens de la tribu? Un dictateur? La Cour suprême? Vous avez le choix.

[Text]

The point of Gairdner's analysis is that, when you boil it all down, there are fundamentally only two views which we as individuals and as a society can take with regard to the value of human life, what I shall call the "sanctity" view and the "utilitarian" view.

The sanctity view holds that all human life is inherently and equally valuable and sacred from the moment of conception until death. A person's value is completely independent of his/her age, health, race or any other quality. The value of a human life does not depreciate or appreciate over time. It is completely independent of his/her usefulness to others. No one can grant or revoke anyone else's inherent worth. Consequently, society must obey a "standard of behaviour that declares each soul to be worthy of preservation and dignity." The value of human life is not a product of the consensus of society at any time and does not evolve even if the views of society evolve. It is an independent and objective truth.

As Dr. Leon R. Kass has put it in an article for *Commentary*:

...the sacredness, whatever it is, inheres in life itself...To say that sacredness is something that can be conferred or ascribed — or removed — by solely human agreement or decision is to miss the point entirely.

Kass argues that our culture has always upheld the sanctity of life. It is said that it is wrong to kill the willing, unwilling or non-willing. It is said that the sanctity of life is utterly independent of any individual will.

The Utilitarian View, on the other hand, takes the opposite approach. Instead of human life being inherently and unchangeably valuable, it derives its value from its usefulness to other human beings or from its qualities. Essentially, human life is ascribed value based on the majority consensus of whatever criterion or criteria the majority has decided to use. The criteria selected are nearly always, if not always, utilitarian. Since the consensus of a society is almost always dictated by its most powerful members, the weak, vulnerable and defenceless, including the youngest and the oldest, can all too easily fall victim to the will of the strong and the loud. The result is always that people's lives can be, and are, terminated by others who cease to find them useful. As Rita Marker, author of *Deadly Compassion*, puts it: "As a survival of the fittest mentality mushrooms those least able to speak for themselves will fall prey to the schemes of the shrewd."

Marker's analysis is exactly right: This view is a "survival of the fittest mentality" and a direct result of Darwinian thinking and the outworkings of evolutionary theory. We had until recently a society built on the first view, the sanctity of life view, which historically and epistemologically stemmed from our Judaeo-Christian tradition which, far from permitting one to prey

[Traduction]

L'analyse de William Gairdner est intéressante parce que, ramenée à l'essentiel, elle montre que nous, en tant que personnes et société, ne pouvons adopter que deux conceptions en ce qui concerne la valeur de la vie humaine : la conception axée sur le caractère «sacré» et la conception «utilitaire».

La conception axée sur le caractère sacré soutient que toute vie humaine est intrinsèquement et également valable et sacrée, depuis la conception jusqu'à la mort. La valeur d'une personne est totalement indépendante de l'âge, de la santé, de la race ou de toute autre qualité. De plus, la valeur de la vie humaine ne s'apprécie ni ne se déprécie au fil du temps. La valeur d'une personne est totalement indépendante de son utilité pour autrui. Personne ne peut conférer ni retirer sa valeur intrinsèque à autrui. Par conséquent, la société doit se soumettre à une «norme de comportement» selon laquelle toute personne mérite protection et dignité». De plus, la valeur de la vie humaine n'est pas le produit d'un consensus social à une époque donnée et n'évolue pas, même si les conceptions de la société le font. Il s'agit d'une vérité autonome et objective.

Comme l'a dit le docteur Leon R. Kass dans un article écrit pour *Commentary* :

... le caractère sacré, quel qu'il soit, est inhérent à la vie elle-même... Si on dit que le sacré est quelque chose qui peut être conféré ou attribué — ou supprimé — par simple convention ou décision humaine, on passe complètement à côté de la question.

Kass affirme que notre culture a toujours tenu la vie pour sacrée. De tout temps, on a affirmé qu'il était mal de tuer la personne qui en a manifesté le désir, celle qui s'y est opposée et celle qui ne s'est pas prononcée. On a affirmé que le caractère sacré de la vie est totalement indépendant de toute volonté individuelle.

Par ailleurs, la conception utilitaire adopte l'approche opposée. Plutôt que de considérer la vie comme intrinsèquement et immuablement valable, on estime qu'elle tire sa valeur de son utilité pour les autres humains ou de ses qualités. Essentiellement, on accorde de la valeur à la vie humaine en s'appuyant sur l'opinion de la majorité et sur quelques critères choisis par la majorité. Ces critères sont presque toujours utilitaires. Puisque ce sont ses membres les plus puissants et les plus revendicateurs qui dictent le consensus d'une société, les faibles, les vulnérables et les sans-défense, y compris les plus jeunes et les plus âgés, peuvent très facilement être victimes de la raison du plus fort et du plus vociférant. Le résultat est toujours le même: les autres peuvent mettre fin à la vie des gens quand ils cessent de la trouver «utile». Comme le dit Rita Marker, auteure de *Deadly Compassion*: «Comme la mentalité selon laquelle les plus aptes doivent survivre se répand, ceux qui sont le moins à même de faire valoir leur opinion subiront les desseins des plus habiles.»

L'analyse de Marker est absolument juste: cette conception illustre une «mentalité de la survie des plus aptes» et est directement issue de la pensée de Darwin et des sous-produits de la théorie de l'évolution. Jusqu'à tout récemment, nous connaissions une société édifée sur la première conception — celle qui tient la vie pour sacrée — laquelle, sur les plans

[Texte]

on the weak and vulnerable, commanded us to love our neighbour and ourselves. This included especially the weak, sick and defenceless.

But then Darwinian theory declared that man, far from being special and purposed and inherently valuable, was merely the product of billions of random interactions. Darwin declared that man was just matter in motion and that man's life was purposeless. He was the result of the process of the survival of the fittest. The species evolved by having the strong consume the resources and reproduce and the weak and infirm die off. Under evolutionary theory the notion of inherent human value becomes absurd. Those who can continue the species are useful to the species; those who cannot, but consume precious resources, are a menace and a burden to the species.

Gradually, and often subtly, this Darwinian view has replaced our Judaeo-Christian ethic. That is why people now speak of human life as valuable from the Utilitarian View: What is useful to the species?

It is from the evolutionary premise and the consequent Utilitarian view of human life that we have now adopted the "Quality of Life" metric by which to determine whether or not others deserve life and/or protection. Under the sanctity of life view, quality of life is irrelevant because value is inherent and independent of circumstances. But under the evolutionary premise there are no objective standards by which to organize society with the result that we are forced to adopt an entirely subjective and, in the final analysis, arbitrary basis for passing judgment on who lives and who dies.

Of course, any subjective standard is highly susceptible to personal prejudices. Sabina McLuhan, in her booklet entitled "Euthanasia", discusses how this worked itself out in the pro-abortion movement and is now doing so in the pro-euthanasia movement as well. She states:

One of the most persuasive arguments for abortion has been that children who are mentally or physically disabled cannot have an acceptable "quality of life". For the pro-abortion activists, focusing disability played on human fears and discomfort with those who are visibly different in some way. Yet, a basic premise that enables the rights of all people to be upheld in a free and democratic society is that all human lives are of equal value regardless of how our quality of life differs. This is called the "sanctity of life ethic".

[Translation]

historique et épistémologique, trouve ses origines dans la tradition judéo-chrétienne qui, bien loin de permettre qu'on s'attaque aux faibles et aux vulnérables, nous commande plutôt d'aimer notre prochain comme nous-mêmes, c'est-à-dire en particulier les faibles, les malades et les sans-défense.

Par la suite, la théorie de Darwin a cependant proclamé que l'Homme, loin d'être une créature unique, ayant une finalité et intrinsèquement valable, n'était que le produit de milliards d'interactions laissées au hasard. Darwin a déclaré que l'Homme n'était que matière en mouvement, et que la vie de l'homme n'avait aucune finalité. L'Homme était le résultat d'un processus de survie des plus aptes au cours duquel les espèces évoluent parce que les individus les plus forts consomment les ressources et se reproduisent tandis que les faibles et les infirmes meurent. Selon la théorie de l'évolution, la notion de valeur humaine intrinsèque devient absurde. Ceux qui peuvent perpétuer l'espèce sont utiles à l'espèce, ceux qui ne le peuvent pas, mais qui consomment de précieuses ressources constituent une menace et un poids pour l'espèce.

Progressivement, et souvent subtilement, cette conception darwinienne a remplacé l'éthique judéo-chrétienne. Voilà pourquoi les gens parlent maintenant de la valeur de la vie humaine en adoptant la conception utilitaire: qu'est-ce qui est utile à l'espèce?

C'est à partir du principe évolutionniste et de la conception utilitaire de la vie humaine qui en a été tirée que nous avons maintenant adopté l'étalon de la «qualité de vie» à l'aide duquel nous décidons si les autres méritent de vivre et d'être protégés. Selon la conception qui affirme le caractère sacré de la vie, la qualité de vie n'est pas une donnée pertinente parce que la valeur est intrinsèque et indépendante des circonstances. En vertu du principe évolutionniste, il n'existe cependant aucune norme objective qui permet d'organiser la société, d'où le fait que nous sommes forcés de nous en remettre à des fondements entièrement subjectifs et, en dernière analyse, arbitraires, pour exercer un jugement quand il s'agit de décider qui peut vivre et qui peut mourir.

Évidemment, toute norme subjective est fortement entachée de préjugés personnels. Sabina McLuhan, dans son petit livre intitulé «Euthanasia», étudie la manière dont cela s'est manifesté dans le mouvement favorable à l'avortement, et se produit maintenant dans le mouvement favorable à l'euthanasie:

Un des arguments les plus convaincants en faveur de l'avortement a été d'affirmer que les enfants qui sont mentalement ou physiquement handicapés ne peuvent pas jouir d'une «qualité de vie» acceptable. Pour les tenants de l'avortement, le fait de mettre l'accent sur les handicaps a influencé les craintes humaines et l'inconfort qu'on éprouve face à des personnes qui sont, d'une certaine façon, manifestement différentes. Pourtant, dans une société libre et démocratique, le principe fondamental qui fait en sorte qu'on défend les droits de tous les gens réside dans le fait que toutes les vies humaines se valent, sans égard à la différence de qualité de vie. Voilà ce qu'on appelle l'«éthique du caractère sacré de la vie».

[Text]

To see how widespread and prominent the modern utilitarian ethic has become one does not have to look very far. For example, Daniel Callahan, director of the Hastings Centres, has written that caregivers should "determine when one has lost the capacity for meaningful personal life." Callahan has further suggested that there be established a natural lifespan around the age of the late seventies, after which a person would be considered socially dispensable. Here we see the idea that human life only has value and should only be protected if it has meaning defined in terms of certain qualities selected by some other person, not inherently because of its humanness.

In a controversial speech in Toronto in May 1992, then president of the Canadian Medical Association, Dr. Leon Richard, asked who should have priority when health care resources were limited and suggested those who will return to the work force; those who hold key positions in business or industry. Nor is the CMA's own Ethics Committee uneasy about the issue. Chairman Arthur Parsons of Halifax stated: "Who will get into the life boat? Is it better to keep a severely retarded person alive or spend your tight resources on bypass surgery for a father of four?" For these gentlemen the question of whether someone should live or die is just the question of whether their life is useful to the species as a whole.

If we refer back to Nazi Germany, we see how this new way of thinking took root and brought about the Holocaust:

In 1930s Germany, as the topic of euthanasia entered into mainstream debate, emphasis always centred on the volunteer nature of requesting death. Nevertheless, themes with references to "useless life" were found in abundance. The cost to maintain the life of one who was old or disabled was often pointed out by physicians, and journals carried charts that compared the cost of educating a mentally or physically disabled child with the cost of schooling the "normal" child. "It must be made clear to anyone suffering from an incurable disease that the useless dissipation of costly medications drawn from the public store cannot be justified," was the kind of argument used by the German eugenicists.

The mentality of a "life not worth living" was not a Nazi invention but originates from a book titled *The Release of the Destruction of Life Devoid of Value* in 1920. The book advocates that the killing of worthless people be legally permitted. It sold so well that after two years a second edition was printed. The authors used the utilitarian view to argue for the killing of others. Karl Binding wrote: "We are spending lots of time, patience, and care on the survival of life devoid of value." Dr. Hoche argued: "The higher good to restore the health of many people makes the sacrifice of a few necessary."

[Traduction]

Nul besoin de chercher très loin pour voir à quel point cette théorie moderne de l'utilitarisme est répandue et dominante. Par exemple, Daniel Callahan, directeur du *Hastings Centre* a écrit que les fournisseurs de soins devraient «décider du moment où quelqu'un n'est plus apte à mener une vie personnelle gratifiante». Par la suite, Callahan a proposé qu'on établisse une «durée de vie naturelle» (entre 75 et 80 ans) après laquelle on considérerait qu'une personne est socialement «jetable». On voit donc ici que la vie humaine n'a de valeur et ne devrait être protégée que si elle est définie par rapport à certaines qualités établies par une autre personne, et non parce que, intrinsèquement, elle revêt un caractère humain.

À l'occasion d'un discours controversé qu'il a prononcé à Toronto en mai 1992, le docteur Léon Richard, alors président de l'Association médicale canadienne, a demandé à qui on devrait accorder la priorité quand les ressources au chapitre des soins de santé étaient restreintes — et a proposé la réponse qui suit: «À ceux qui retourneront faire partie de la population active, à ceux qui détiennent des postes clés dans le domaine des affaires et de l'industrie...». Le comité d'éthique de l'AMC n'est guère plus troublé par la question. Son président, le docteur Arthur Parsons, de Halifax, a déclaré ce qui suit: «Qui pourra monter dans le bateau de sauvetage? Est-il préférable de conserver vivante une personne gravement arriérée ou de consacrer vos ressources limitées à un pontage destiné au père de quatre enfants?» Pour ces messieurs, le sort d'une personne ne consiste qu'à savoir si sa vie est utile à l'espèce ou non.

Si nous retournons à l'Allemagne nazie, nous voyons comment cette nouvelle façon de penser a pris naissance et a engendré l'holocauste:

Dans l'Allemagne des années 1930, au moment où l'euthanasie est devenue un sujet de discussion général, on a toujours mis l'accent sur la volonté de mourir exprimée par la personne. Néanmoins, on a relevé abondamment des thèmes qui faisaient allusion à la «vie inutile». Des médecins ont souvent souligné ce qu'il en coûtait pour maintenir en vie ceux qui étaient âgés ou handicapés, et des journaux présentaient des tableaux qui établissaient des comparaisons entre ce qu'il en coûte pour éduquer un enfant mentalement ou physiquement handicapé et ce qu'il en coûte pour les études d'un enfant «normal». «Il faut dire clairement à quiconque souffre d'une maladie incurable que le gaspillage inutile de médicaments coûteux qu'on soustrait à l'usage public est injustifiable.» Voilà le type d'argument que les partisans de l'eugénisme allemand utilisaient.

Le principe de savoir si «une vie vaut d'être vécue» n'est pas une invention des Nazis: il trouve sa source dans un livre intitulé *The Release of the Destruction of Life Devoid of Value*, publié en 1920. Dans ce livre, l'auteur prône qu'on devrait légaliser le meurtre des «personnes sans valeur». Le livre s'est tellement bien vendu qu'après deux ans, on en a publié une deuxième édition. Les auteurs avaient recours à la conception utilitaire pour défendre le meurtre d'autrui. Karl Binding a écrit: «Nous consacrons beaucoup de temps, de patience et de soins à assurer la perpétuation de toute vie dénuée de valeur.» De son côté, le

[Texte]

According to McLuhan, "The mentality presented in the book spread throughout the German medical profession. By the end of the Nazi Euthanasia programme the number of innocent human beings who were killed included more than 300 thousand mentally handicapped, one million other children and hundreds of thousands of elderly, all who were deemed worthless."

Dr. Leo Alexander, an Austrian-born psychiatrist and an expert consultant to the Nuremberg War Crimes Trial, published "Medical Science Under Dictatorship" in 1949 in the *New England Journal of Medicine*. The chronically sick, mentally or physically disabled were, he observed, the first victims of the holocaust. Dr. Alexander wrote that it started "with the acceptance of the attitude, basic in the euthanasia movement, that there is such a thing as a life not worthy to be lived."

In summary, it is not hard to see how the utilitarian view of human life is replacing the sanctity of life view in western society. When we look at what has happened to societies that are based on the Judaeo-Christian view of man — which always organize society in favour of life and defend equally the young and the old, the feeble and the strong, the sick and the healthy — and what has happened to societies which have adopted the materialistic view of man and the utilitarian view of human life, it should be clear that the only way to maintain the kind of civilization we want is under the former.

One's answers to nearly all the other questions in regard to euthanasia will be determined by whether one adopts the view that all human life is valuable and should be protected simply because and insofar as it is human or the view that a human life has to earn value and protection by meeting certain criteria selected by the most vocal and powerful members of society at any given point in time.

Senator Keon: Ms Mcpherson, you spoke to the subject that has not been well covered up to now in the testimony, namely the whole question of nutrition and hydration. I had commented earlier to some of our witnesses who were advocating euthanasia that patients who felt that they wanted to pass away had the privilege of passing away if they simply stopped eating and drinking. In other words, in the terminal state they would pass away fairly quickly.

You raised the interesting point that it is the right of a patient to be fed and hydrated. As I listened to you develop your subject later, you subsequently said that it is the right of any patient to refuse life-sustaining treatment when they are in a terminal state. Your brief creates the impression that there is an obligation on the part of the healing professionals to sustain a patient, perhaps artificially, when they are in the terminal state.

[Translation]

docteur Hoche a affirmé: «Le bien supérieur qui consiste à redonner la santé à de nombreuses personnes commande qu'on en sacrifie quelques-unes.» Selon Sabina McLuhan, «la mentalité qu'on retrouve dans ce livre s'est répandue dans toute la profession médicale allemande. À la fin du programme d'euthanasie, on comptait parmi les innocentes victimes humaines tuées, plus de 300 000 handicapés mentaux, 1 million d'autres enfants et des centaines de milliers de personnes âgées, toutes réputées ne rien valoir.»

Le docteur Leo Alexander, psychiatre d'origine autrichienne et expert-conseil lors du procès de Nuremberg pour crimes de guerre, a publié en 1949 un article intitulé «*Medical Science Under Dictatorship*» dans le *New England Journal of Medicine*. Il a fait remarquer que les malades chroniques ainsi que les handicapés mentaux ou physiques avaient été les premières victimes de l'holocauste. Voici ce qu'a écrit le docteur Alexander: «Tout a commencé par l'acceptation de l'attitude, fondamentale au sein du mouvement favorable à l'euthanasie, selon laquelle une vie qui ne vaut pas d'être vécue existe réellement.»

En résumé, nous pouvons donc voir comment la conception utilitaire de la vie humaine remplace la conception axée sur le caractère sacré de la vie dans la société occidentale. Quand nous jetons un coup d'oeil sur ce qui est arrivé aux sociétés qui sont fondées sur la conception judéo-chrétienne de l'Homme — selon laquelle on organise toujours la société de façon à ce qu'elle favorise la vie et l'effort, les malades et les bien-portants — et ce qui est arrivé aux sociétés qui ont adopté la conception matérialiste de l'homme et la conception utilitaire de la vie humaine, il devrait être clair que le seul moyen de conserver le genre de civilisation que nous voulons, c'est de maintenir la première.

En ce qui concerne l'euthanasie, la réponse à toutes les autres questions ou presque dépendra du fait que l'on adopte, ou non, l'opinion selon laquelle la vie humaine est valable et devrait être protégée simplement parce qu'elle revêt un caractère humain, ou encore que la vie humaine doit trouver sa valeur et sa protection dans certains critères choisis par les membres les plus puissants et les plus vociférants de la société à un moment donné de son évolution.

Le sénateur Keon: Madame Mcpherson, vous avez abordé un sujet qu'on a effleuré jusqu'à maintenant dans les témoignages, c'est-à-dire toute la question de la nutrition et de l'hydratation. J'ai dit auparavant à d'autres témoins favorables à l'euthanasie que les patients qui souhaitent mourir ont le privilège de le faire en arrêtant simplement de manger et de boire. Autrement dit, en phase terminale, ces gens-là meurent assez rapidement.

Vous avez soulevé une question intéressante, c'est-à-dire le droit d'un patient de manger et de boire. Par la suite, vous avez dit que le patient a le droit de refuser un traitement essentiel au maintien de la vie en phase terminale. D'après votre mémoire, on a l'impression que les travailleurs de la santé sont obligés de maintenir un patient en vie, peut-être même de façon artificielle, lorsqu'il est en phase terminale.

[Text]

This is a rather long-winded question, but are you really trying to make that point or are you simply trying to counter that? It is said that in Europe people have been subjected involuntarily to lack of adequate support in the way of hydration and nutrition. Do you follow my question? It is a delicate line here.

Ms Mcpherson: This is a fine line, but we are well aware of the right not only of a terminally ill person but of anyone to refuse treatment. That is not only a terminally ill person's right, but anyone's right.

We certainly believe that it is also the right of the patient to receive treatment, nutrition and hydration.

Senator Keon: And the right to request hyperalimentation and tube feeding?

Ms Mcpherson: Certainly. We all had tube feeding at one point or another. There are alternate ways of eating that are not eating with a knife and fork. Because babies are bottle-fed, not breast-fed, does not mean that we should not give it to them when they do not ask for it. Because I drink my milkshake with a straw, not straight out of the glass, does not mean that I should not have it because it is an artificial method of eating. It is the same with the gastric tube. In most instances a gastric tube is just a long straw.

Ms Maureen Farnand, Nurses for Life: In the terminal cases, for example in cancer, it is acceptable. We accept in the nursing profession that at times it is painful to feed the patient. If that is acceptable, then we do not give the patient hydration and nutrition in those end stages where feeding them becomes extremely painful and more of a burden. It is quite acceptable that they not have that feeding.

Ms Petrucka: As long as we clarify that, because some people were raising the question of end stages. Some people qualify end stages as being 48 hours.

When we are talking about terminal cancer patients, as Ms Farnand was mentioning, we do not want to qualify end stages as being the year or so before he or she may die. For purposes of end stage definitions, we are talking about the last 48 hours when a patient really is dying and is not able to swallow fluid and cannot tolerate the fluid that is given, much less any food.

Ms Mcpherson: We would never advocate forcing a patient to accept treatment, particularly burdensome treatment or care.

Senator Corbin: My question is in the nature of provoking discussion more than a thought or a belief I hold.

Would I be right, after listening to you and reading some of the material, to conclude that you do not seem to realize that there is a very real problem out there, and a problem to which legislators had to react? Legislation which addresses itself to social problems

[Traduction]

Ma question est plutôt longue, mais j'aimerais savoir si c'est vraiment ce que vous voulez dire ou si vous avancez simplement le contraire? On dit qu'en Europe on aurait volontairement refusé de donner à manger et à boire à des patients. Est-ce que vous me suivez? Je sais que la nuance est ténue.

Mme Mcpherson: C'est juste, mais nous sommes tout à fait conscientes du droit qu'a non seulement le malade en phase terminale de refuser un traitement, mais toute autre personne. Ce droit n'est pas conféré uniquement au malade en phase terminale, mais à tout le monde.

Nous croyons également que le patient a le droit de recevoir des traitements, de la nourriture et de l'eau.

Le sénateur Keon: Et le droit de demander l'hyperalimentation et l'alimentation par sonde?

Mme Mcpherson: Certainement. Tout le monde a déjà été à un moment donné nourri par sonde. On peut se nourrir autrement qu'à l'aide d'un couteau et d'une fourchette. Parce que les bébés sont nourris au biberon, et non au sein, cela ne veut pas dire que nous ne devrions pas leur donner à manger quand ils ne le demandent pas. Parce que je bois mon lait frappé avec une paille, et non pas directement du verre, cela ne veut pas dire que je ne devrais pas avoir droit à ma boisson étant donné que j'utilise une méthode artificielle pour la consommer. C'est la même chose pour la sonde gastrique. Dans la plupart des cas, une sonde gastrique, c'est tout simplement une longue paille.

Mme Maureen Farnand, Nurses for Life: Dans les cas de maladie terminale, par exemple dans un cas de cancer, c'est acceptable. Chez les infirmiers et les infirmières, on reconnaît qu'il est parfois douloureux de nourrir un patient. Si une telle mesure est acceptable, à la fin, lorsqu'il devient extrêmement douloureux et davantage un fardeau de nourrir le patient, nous ne lui donnons pas d'eau ni de nourriture. Il est tout à fait acceptable de procéder ainsi.

Mme Petrucka: Pourvu que nous le précisions, parce que certains ont soulevé la question de la fin de la vie d'une personne. Pour certains, c'est 48 heures avant la mort.

Comme Mme Farnand l'a dit, dans le cas des cancéreux en phase terminale, nous ne considérons pas que la fin de leur vie, c'est l'année avant leur mort. Pour bien définir ce que l'on entend par la fin, on précise qu'il s'agit des dernières 48 heures lorsque le patient est vraiment mourant et qu'il n'est pas capable d'avaler de liquides, qu'il ne peut tolérer le liquide qui lui est donné, pas plus que la nourriture.

Mme Mcpherson: Nous ne préconisons aucunement de forcer un patient à accepter un traitement, plus particulièrement un traitement ou des soins douloureux.

Le sénateur Corbin: Ma question vise plutôt à provoquer la discussion, ce n'est pas nécessairement ce que je pense ou je crois.

Maintenant que j'ai écouté votre témoignage et après avoir lu certains des documents, ai-je raison d'en conclure que vous ne semblez pas réaliser que l'euthanasie pose véritablement un problème, un problème auquel le législateur doit trouver une

[Texte]

or social situations usually follows a certain public trend or public thought.

How realistic are you in suggesting that the only and ultimate response or solution to the problem out there is palliative care and that there is no other solution? Of course, this is respecting the individual's rights.

Ms Mcpherson: Which rights are you talking about?

Senator Corbin: Which rights? The rights you alluded to yourself, the rights of the patient to refuse nutrition.

Ms Petrucka: Are you speaking of the patient's right to refuse to have fluids and food?

Senator Corbin: Yes. There is a distance between that and the patient requesting that someone take measures to end his life.

Ms Mcpherson: You mean to have someone kill him.

Senator Corbin: You are saying that. I am talking from the point of the terminally ill patient, a suffering individual, who says, "I have had it. I want to cease to live." I know of a person who has been very close to me, a most Christian person undeniably, who, six months before her actual death, was saying repeatedly, "I want to die." She was not asking that someone put an end to her life, but her definite wish was, "I want to die."

What do you do in circumstances like that? That is a very difficult problem.

Ms Mcpherson: We understand that completely. Many of us have worked with people who are dying and who are suffering, and we certainly accept that people who are suffering, whether it is physically or emotionally or mentally, may express the wish to die at times.

However, we must also understand that that is a logical outcome of the depression suffered by many people who are chronically ill and perhaps in the dying stage.

I think what needs to be addressed in some of these issues may be the depression itself and why this person feels that urgent need to die then. If the person is in pain, I would suggest they change doctors, because there is no reason that anybody should be dying in pain.

However, having said that, not everybody is necessarily in physical pain. It could be emotional or psychological pain. That is why we have specialists who deal with these issues, and that is, in large part, what palliative care is. It is dealing with all of the physical, emotional, psychological and spiritual reasons that people have to feel this way.

I do not think we could ever accept that there should be a reason to kill somebody.

Ms Petrucka: Senator, if I may add to that, I have experienced this myself with someone who is dying, and I am experiencing this now. He is feeling helpless in his dying process. He is young. He does not want to die. He is angry. He

[Translation]

solution? Toute loi visant à corriger une situation ou un problème social s'inspire habituellement de tendances ou d'opinions que l'on retrouve au sein de la population.

Dans quelle mesure êtes-vous réalistes en disant que la seule réponse ou solution au problème, ce sont les soins palliatifs et qu'il n'y en a aucune autre? Bien sûr, vous respectez les droits de la personne.

Mme Mcpherson: De quels droits parlez-vous?

Le sénateur Corbin: De quels droits? De ceux dont vous avez vous-mêmes parlé, les droits du patient de refuser la nourriture.

Mme Petrucka: Est-ce que vous parlez du droit du patient de refuser d'absorber des liquides et de la nourriture?

Le sénateur Corbin: Oui. Il y a une différence entre ce droit et celui du patient qui demande que quelqu'un prenne des mesures pour mettre fin à sa vie.

Mme Mcpherson: Vous voulez dire que quelqu'un le tue.

Le sénateur Corbin: C'est vous qui le dites. Je me place ici dans la peau du patient en phase terminale, de la personne qui souffre et qui dit: «J'en ai assez, je veux cesser de vivre.» Je connais une personne de qui j'étais très près, une personne des plus chrétiennes qui, six mois avant sa mort, ne cessait de répéter qu'elle voulait mourir. Elle ne demandait pas à personne de mettre fin à sa vie, mais son souhait le plus cher était de mourir.

Que faites-vous en pareilles circonstances? C'est un problème très difficile à résoudre.

Mme Mcpherson: Nous comprenons très bien. Beaucoup d'entre nous travaillent avec des gens qui sont en train de mourir et qui souffrent, et nous acceptons, oui, que les personnes qui souffrent, que ce soit des souffrances physiques, émotives ou mentales, puissent exprimer le souhait de mourir parfois.

Cependant, nous devons également comprendre que c'est là la suite logique de la dépression dont sont victimes bien des gens qui sont des malades chroniques et qui, peut-être, sont en phase terminale.

Dans certains de ces cas, je pense que le problème à régler, c'est celui de la dépression même et il faut également se demander pourquoi cette personne sent le besoin urgent de mourir à ce moment-là. Si la personne souffre, je lui propose de changer de médecin, parce qu'il n'y a aucune raison que quelqu'un meure dans la douleur.

Cela dit, je pense que ce n'est pas tout le monde qui éprouve nécessairement des douleurs physiques. Il peut s'agir aussi de douleurs émotives ou psychologiques. C'est pourquoi nous avons des spécialistes qui s'occupent de ces problèmes, et c'est surtout cela que nous faisons aux soins palliatifs. On examine tous les motifs physiques, émotionnels, psychologiques et spirituels qui font que les gens se sentent ainsi.

À mon avis, nous ne pourrions jamais accepter que qui que ce soit ait une raison de tuer quelqu'un.

Mme Petrucka: Sénateur, si vous me permettez d'ajouter ces détails, j'ai vécu moi aussi cette expérience avec quelqu'un qui est en train de mourir, et je la vis encore. Le patient se sent démuné devant la mort, il est jeune, il ne veut pas mourir, il est en colère,

[Text]

is going through the stages. Family members can sometimes feel very helpless because they do not have all the answers.

As Mary-Lynn was saying, we do not have those types of supportive agencies in the palliative care area and in all facets such as emotional and psychological. Maybe that is what we need to stress here, that we do need increased services for our patients who are ill and dying. That perhaps is the crux of the situation here that we need to face.

The person whom I know, who is facing this, is looking for various areas, and I was limited with where he is living. "I do not know who you can go to besides this person and this person that I can refer you to." If he does not accept that, where else can he go? He is dying of AIDS, so he needs to have the supportive agencies around him as much as any other dying patient.

Perhaps the government agencies could have increased services for palliative care for these patients who are dying, whether from cancer, from AIDS, or whatever it is. I think it is necessary that we address that here today.

Senator Corbin: What do you tell people who say that there is no way this country can afford the cost of the extensive palliative care institutions that would be required to satisfy the need? That has been told to this committee. How do you respond to that?

Ms Mcpherson: As a compassionate and caring nation, we cannot afford not to.

Senator Corbin: That is a reality that we have to look at, too. We are looking at all angles of this matter. There are people in society and government who say palliative care, to a degree, is an adequate and very valid and very humane approach to the topic, but there is no way this country can pay the bill. There are not enough resources.

Ms Mcpherson: Palliative care is not that expensive. It is much less expensive than regular hospital care. A lot of palliative care is provided by volunteers.

Senator Corbin: And in the home.

Ms Mcpherson: In homes, and in hospices as well. Even in a hospice it is much less expensive than in a regular hospital environment.

Senator Corbin: Thank you, madam Chair.

The Chairman: Senator Lavoie-Roux, I have to vacate the chair for a moment. If you will come up here, you can put your question from here.

[Traduction]

il passe par toutes les étapes. Les membres de la famille peuvent parfois se sentir très inutiles parce qu'ils n'ont pas toutes les réponses à ses questions.

Comme Mme Mcpherson le disait, nous n'avons pas d'organismes de soutien aux soins palliatifs, de ces gens qui s'occupent de toutes les facettes de la maladie comme les aspects émotifs et psychologiques. Il convient de préciser et d'insister ici pour dire que ce dont nous avons besoin, c'est d'accroître les services que nous offrons aux patients qui sont malades et en train de mourir. C'est peut-être là le coeur du problème auquel nous devons faire face.

La personne que je connais, qui est dans cette situation, cherche à obtenir des services à divers endroits, et j'étais limitée par l'endroit où elle vit. «Je ne sais pas à qui vous pouvez vous adresser d'autre que cette personne à laquelle je peux vous référer», lui ai-je dit. S'il n'accepte pas cela, où va-t-il pouvoir aller? Il est en train de mourir du sida, il a donc besoin des organismes de soutien pour l'entourer tout autant que les autres mourants.

Il me semble que les organismes gouvernementaux pourraient accroître les services de soins palliatifs pour ces patients qui sont en train de mourir, que ce soit du cancer, du sida ou de toute autre maladie. Je pense qu'il nous faut aborder ce problème dès aujourd'hui.

Le sénateur Corbin: Que répondez-vous aux gens qui prétendent que le Canada n'a absolument pas les moyens de se payer les grands établissements de soins palliatifs qu'il nous faudrait pour répondre à ce besoin? C'est ce qu'on a dit à notre Comité. Qu'avez-vous à répondre à cela?

Mme Mcpherson: En tant que peuple compatissant et chaleureux, nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas offrir ces services.

Le sénateur Corbin: C'est là une réalité que nous aussi devons examiner. Nous étudions le problème sous tous ces angles. Certains membres de la société et du gouvernement estiment que les soins palliatifs, dans une certaine mesure, constituent une approche adéquate, très valable et très humaine face à ce problème, mais que le Canada ne peut absolument pas se les permettre. On n'a pas suffisamment de ressources.

Mme Mcpherson: Les soins palliatifs, ça ne coûte pas si cher que cela. C'est beaucoup moins cher que les soins habituels prodigués dans un hôpital. Beaucoup de soins palliatifs sont assurés par des bénévoles.

Le sénateur Corbin: Et à la maison.

Mme Mcpherson: À la maison et aussi dans les centres d'accueil. Même dans un centre d'accueil, les soins sont beaucoup moins coûteux que dans un hôpital normal.

Le sénateur Corbin: Merci, madame la présidente.

La présidente: Sénateur Lavoie-Roux, je dois quitter le fauteuil pour un instant. Si vous voulez bien prendre place, vous pourrez poser votre question d'ici.

[Texte]

Senator Corbin: I hope the witnesses will understand that some of us have to go to another committee for a moment, but we will be back. Those are the realities of parliamentary life sometimes.

Senator Thérèse Lavoie-Roux (*Deputy Chairman*) in the Chair.

The Deputy Chairman: I thank you all for your briefs. One thing you mentioned in your brief, which surprised me, is that you see the living will being interpreted as a reflection of shortcomings in the nursing profession. This is the first time I have heard this.

We have heard about living wills on several occasions. Living wills could say, "I do not want to be artificially kept alive," or, "If I become terminally ill, I do not want to receive undue services or medication, and I would even accept medication that might hasten my death."

You seem to be opposed to that. I can see this happening with the consent of a competent person and being reviewed at various times. I would like you to give a little more explanation of your position on this.

Ms Mcpherson: First of all, I see it as a poor idea of what nursing is, as well as medicine. I see it as a very poor reflection on both our professions. I am addressing it from a nursing point of view because we are nurses.

Maureen Farnand, Nurses for Life: I also think the living will leads to interpretation. The person who is reading the living will is the one who is interpreting what is in the living will, and it may not necessarily be somebody who has your best interests in mind.

As nurses, what we are trying to say is that patients have basic rights. We all have certain rights to refuse treatment or to accept treatment. Perhaps what happens is that some nurses, when they think a person does want to be cared for, stop caring, and I think that sets a really poor precedent.

Caring does not stop when the person is dying. Caring goes on even beyond that person's death to the family. I think there is a concern that the person would feel they were a burden or that the nurse would not care for them.

The Deputy Chairman: It is a matter of interpretation. My feeling is that a person who signs a living will does not say that she does not want to receive any care, but that she does not want any measure that would prolong her life in a non-useful way. If she needs some medication to relieve her pain and so on, we all know that morphine in various doses might at one point hasten the person's death.

Ms Petrucka: Senator, I think the complication of the living will is part of the problem here. If we had to deal with living wills for every patient — patients who, for the most part, do not have basic medical knowledge — then you would run into a lot

[Translation]

Le sénateur Corbin: J'espère que les témoins vont comprendre que certains d'entre nous doivent assister à d'autres comités, mais nous allons revenir. C'est ça, la vie parlementaire, parfois.

Le sénateur Thérèse Lavoie-Roux (vice-présidente) occupe le fauteuil.

La vice-présidente: Je vous remercie toutes de vos mémoires. Vous avez dit, et j'en ai été surprise, craindre que l'on voit dans le testament biologique la manifestation de problèmes au sein de votre profession. C'est la première fois que j'entends une chose pareille.

À plusieurs reprises, des témoins ont parlé du testament biologique dans lequel une personne peut dire qu'elle ne veut pas être maintenue en vie artificiellement, ou qu'en phase terminale, elle ne veut pas recevoir des services ou des médicaments de façon indue, voire qu'elle pourrait même accepter une médication qui accélère sa mort.

Vous semblez ne pas être d'accord. À mon avis, une personne compétente peut consentir à une telle chose dans son testament et le réviser à divers moments. J'aimerais que vous explicitiez un peu plus votre position à cet égard.

Mme Mcpherson: D'abord, j'estime que c'est avoir là une piètre idée du nursing et de la médecine. Je crois qu'on comprend mal nos deux professions. Je vais aborder la question du point de vue du nursing parce que nous sommes des infirmières.

Mme Maureen Farnand, Nurses for Life: Moi aussi, je pense que le testament biologique prête à interprétation. La personne qui lit le testament biologique est celle qui l'interprète, et ce n'est peut-être pas nécessairement quelqu'un à qui vos intérêts tiennent à coeur.

En tant qu'infirmières, nous estimons que les patients ont des droits fondamentaux. Nous avons tous le droit fondamental de refuser ou d'accepter un traitement. Ce qui se produit peut-être, c'est que certaines infirmières, lorsqu'elles pensent qu'une personne ne veut pas de soins, cessent de lui en donner, et je crois que cela établit véritablement un piètre précédent.

On ne cesse pas de donner des soins à une personne qui est en train de mourir, les soins sont même prodigués à la famille après la mort de la personne. Je pense que la personne craint d'être un fardeau ou encore que l'infirmière ne lui donne pas les soins nécessaires.

La vice-présidente: Tout est question d'interprétation. Ce que je pense, c'est qu'une personne qui signe un testament biologique ne dit pas qu'elle ne veut pas recevoir de soins, mais qu'elle ne veut pas que l'on prenne des mesures quelconques pour prolonger sa vie de façon inutile. Si elle a besoin de médicaments pour calmer sa douleur et ainsi de suite, nous savons tous que la morphine, administrée en doses différentes, peut à un moment donné accélérer la mort de la personne.

Mme Petrucka: Sénateur, je pense que la complication qu'apporte le testament biologique fait partie du problème que nous examinons actuellement. Si nous devons interpréter le testament biologique de tous les patients qui, pour la plupart, n'ont

[Text]

of problems as to what is proper treatment for that particular disease on that patient and what is not proper treatment and what the patient wishes or does not wish. We would be running into so many problems that the living will would have to be several pages in length and would have to be documented and legally signed or revised before a patient even came into hospital. I think this would create a greater complication to the patient's basic nursing care when that patient came into hospital.

As I believe we have mentioned before, refusal of treatment is inherent in our own law, as it is now. Refusing extraordinary treatment or, as you said, artificial treatment is already inherent in our basic rights as patients when we come into a hospital. I am sure Senator Keon can attest to that.

What we need is a precedent established to allow patients to say, "Yes," or "No, I refuse to have this." I do not know if you are speaking about a specific treatment or a level beyond which treatment is acceptable or not acceptable. I think it becomes a very complicated issue beyond that point.

Ms Mcpherson: I think the biggest problem with living wills, senator, as you mentioned earlier, is that they have to be updated. I have not updated my will in 20 years. The point is: How many people might write a living will?

I have heard people say, "Well, if I cannot dance, I would rather be dead." You might feel like that when you are 20 but, if you write your will at 20 and then forget about it, when you are 60 and you get your legs cut off, you might very well have changed your mind about dancing. The whole point is that our attitudes change as we grow and mature. Our priorities change. There is no way we can guarantee anything about life.

You may have written a living will five, ten, fifteen or twenty years ago and then have forgotten about. All of a sudden, you are unconscious and your family brings the will out. Your ideas may very well have changed. There is no way we can have people updating their living wills every six months.

The Deputy Chairman: I do not want to slip into the abortion discussion, but I think you bring to us an example that could apply as well to euthanasia.

On page 7 of your brief, you say:

Although many hospitals deny the practice, we hear from many nurses who are not hired unless they agree to assist with abortions. Our organization hears often from nurses who are told that they must assist with the killing of their unborn patients or lose their jobs.

This is a very serious statement or accusation.

Ms Mcpherson: Most definitely.

[Traduction]

pas de connaissances médicales de base, à ce moment-là nous aurions beaucoup de problèmes quant à déterminer quel traitement il faut donner pour telle maladie en particulier et pour tel patient, il faudrait également savoir ce que le patient veut ou ne veut pas. Nous aurions tellement de problèmes que le testament biologique devrait contenir des pages et des pages, il devrait être documenté et légalement autorisé ou révisé avant que le patient n'entre à l'hôpital. Je pense que cela créerait encore plus de complications pour les soins de base à donner au patient lorsque celui-ci arrive à l'hôpital.

Je l'ai mentionné avant, je pense, le refus de traitement est inhérent à notre droit, et c'est encore le cas maintenant. Refuser un traitement extraordinaire ou, comme vous l'avez dit, un traitement artificiel, fait déjà partie inhérente de nos droits fondamentaux en tant que patients lorsque nous sommes admis à l'hôpital. Je suis sûre que le sénateur Keon peut le confirmer.

Ce qu'il nous faut, c'est établir un précédent permettant au patient de dire s'il refuse, oui ou non, d'avoir tel ou tel traitement. Je ne sais pas si vous parlez d'un traitement en particulier ou d'un niveau au-delà duquel le traitement est acceptable ou non. Je pense qu'à ce moment-là, la question est très compliquée.

Mme Mcpherson: À mon avis, le problème le plus grave que pose le testament biologique, sénateur, comme vous l'avez dit tout à l'heure, c'est qu'il faut qu'il soit mis à jour. Je n'ai pas mis mon testament à jour depuis 20 ans. La question est maintenant de se demander combien de personnes pourraient vouloir rédiger un testament biologique.

J'ai entendu des gens dire que s'ils ne pouvaient plus danser, ils préféreraient être morts. Peut-être, pense-t-on ainsi à 20 ans, mais si vous rédigez votre testament à 20 ans puis que vous l'oubliez, lorsque vous aurez 60 ans et qu'on vous coupera les deux jambes, vous aurez peut-être changé d'idée au sujet de la danse. Le fait est que nos attitudes changent au fur et à mesure que nous vieillissons. Impossible de garantir quoi que ce soit au sujet de la vie.

Il se peut très bien que vous ayez rédigé un testament biologique il y a cinq, dix, quinze ou vingt ans et que vous l'ayez oublié. Tout à coup, vous êtes inconscient et votre famille sort le testament biologique. Il se pourrait très bien que vous ayez changé d'idée. On ne peut pas demander aux gens de mettre leur testament biologique à jour tous les six mois.

La vice-présidente: Je ne veux pas m'engager dans la discussion sur l'avortement, mais je pense que vous nous donnez un exemple qui pourrait s'appliquer aussi à l'euthanasie.

En page 7 de votre mémoire, vous dites:

Bien qu'un grand nombre d'hôpitaux prétendent ne pas faire d'avortements, nous savons que beaucoup d'infirmières ne sont pas embauchées à moins d'accepter de collaborer à des avortements. Souvent, des infirmières informent notre organisation qu'elles sont menacées de perdre leur emploi si elles refusent d'aider à assassiner des patients non encore nés.

Voilà une déclaration ou une accusation très grave.

Mme Mcpherson: Certainement.

[Texte]

Ms Petrucka: It is based on fact, senator.

The Deputy Chairman: You are afraid that you might be drawn into a similar type of situation if euthanasia were legalized or decriminalized?

Ms Mcpherson: Most definitely.

The Deputy Chairman: Do you take action when that sort of thing happens?

Ms Mcpherson: What sort of action do you think we would take?

The Deputy Chairman: Would you go to the administration or to the professional council?

Ms Mcpherson: We have tried.

Ms Petrucka: I have tried for the last seven years, senator, and nothing has been done so far.

The Deputy Chairman: Was anyone fired because they refused to collaborate?

Ms Petrucka: Yes. They threatened to fire me until I went to the Human Rights Commission. Although they did not really solve my problem, I found a person who was sympathetic to my situation, who happens to be in charge of my department at the moment. If she changes positions, I will have no rights left.

There is no inherent right of conscience for myself or any other health care worker in this province or country. We have been trying for the last seven years to get conscience rights for health care workers, but no one has listened.

Senator Keon: This is a very important subject. Dr. Lafrance testified before us last week, and I raised this question with him.

The advocates of euthanasia believe that it should be performed by physicians so that no mistakes will be made and the euthanasia will be done as slickly and quickly as possible.

Ms Mcpherson: By "mistakes", do you mean someone not dying?

Senator Keon: Yes. This brings up a very interesting phenomenon. Senator Beaudoin, to my right here, is perhaps one of the greatest authorities anywhere on constitutional law.

We could get into a situation in Canada where euthanasia was declared legal. Then we could have members of the profession, for example, taking the position that it is unethical. When Dr. Lafrance testified, he said that it was an unethical act — and we have had people testify that it is an ethical act, by the way. Theoretically, those physicians could then be disciplined by their provincial college for committing an unethical act. You folks could be disciplined by your colleges as well.

Ms Mcpherson: As some of our nurses have been, regarding abortion.

Senator Keon: In the hypothetical situation that euthanasia is legalized, do you feel the act should be discharged by someone

[Translation]

Mme Petrucka: Qui repose sur des faits, sénateur.

La vice-présidente: Vous craignez de vous retrouver dans une situation semblable si l'euthanasie est légalisée ou décriminalisée?

Mme Mcpherson: Certainement.

La vice-présidente: Est-ce que vous prenez des mesures quelconques lorsqu'une chose comme celle-là se produit?

Mme Mcpherson: Quelle genre de mesures voulez-vous que nous prenions?

La vice-présidente: Vous pourriez vous adresser à l'administration ou au conseil professionnel?

Mme Mcpherson: Nous avons tenté de le faire.

Mme Petrucka: C'est ce que j'essaie de faire depuis sept ans, sénateur, et rien n'a changé jusqu'à maintenant.

La vice-présidente: Est-ce qu'une de vos membres a déjà été congédiée parce qu'elle refusait de collaborer?

Mme Petrucka: Oui. On a menacé de me congédier jusqu'à ce que je m'adresse à la Commission des droits de la personne. Même si la Commission n'a pas véritablement réglé mon problème, j'ai trouvé quelqu'un de sympathique à ma cause, qui est responsable de mon service actuellement. Si elle change de poste, je peux dire adieu à mes droits.

Je n'ai pas de droit d'objection de conscience inhérent, pas plus que les autres travailleurs de la santé de la province ou du Canada. Depuis sept ans, nous essayons d'obtenir des droits d'objection de conscience pour les travailleurs de la santé, mais personne ne nous écoute.

Le sénateur Keon: C'est là une question très importante. Le docteur Lafrance a témoigné devant notre Comité la semaine dernière, et j'ai soulevé la question avec lui.

Les tenants de l'euthanasie estiment qu'elle doit être pratiquée par les médecins afin qu'il ne se commette pas d'erreur et que le patient meure le plus doucement et le plus rapidement possible.

Mme Mcpherson: Quand vous dites «erreur», est-ce que vous voulez dire quelqu'un qui ne mourrait pas?

Le sénateur Keon: Oui, c'est là un phénomène très intéressant. Le sénateur Beaudoin, qui est à ma droite, est probablement l'un des plus grands constitutionnalistes du monde.

Il se pourrait qu'au Canada l'euthanasie soit légalisée. Ensuite, certains membres de la profession, par exemple, estimerait que c'est immoral. Lorsque le docteur Lafrance a témoigné, il a dit que l'euthanasie était un acte immoral, alors que d'autres témoins ont prétendu le contraire. Théoriquement, les médecins pourraient faire l'objet de mesures disciplinaires de la part de leur collège provincial s'ils commettent un acte immoral. Il pourrait en être de même pour vous.

Mme Mcpherson: Comme cela été le cas de certaines de nos infirmières concernant l'avortement.

Le sénateur Keon: En supposant que l'euthanasie soit légalisée, croyez-vous que l'acte d'euthanasie comme tel devrait

[Text]

from the health care professions or by someone outside the health care professions?

Ms Mcpherson: I do not think it should be legal.

Ms Petrucka: I will not answer that question because I do not believe it will be legal.

Senator Keon: The point is that abortion is legal. You raised the issue.

Ms Mcpherson: No, abortion is not legal; it is just not illegal. There is a difference.

Senator Keon: It is in limbo.

Ms Petrucka: There is a difference.

Senator Keon: Nobody is being prosecuted for performing abortions.

Ms Mcpherson: But it is not legal.

Senator Keon: This issue could find its way into a similar situation.

Ms Mcpherson: Most definitely.

Senator Keon: The problem is that people are entrenched on both sides of the issue. The issue that I raised is not being dealt with at all. Perhaps it is premature to raise it before legislation does exist.

Ms Mcpherson: What is mind-boggling for most of us is that we are sitting here discussing whether or not we should legalize killing people. It boggles my mind that we are even discussing it in this country.

Ms Petrucka: It is part of the slippery slope of the dehumanizing of human life. That is why we are sitting here today.

The Deputy Chairman: I wish to point out to you that one of the reasons this committee was set up was that euthanasia is becoming more and more of an issue. We wanted to reflect upon the issue. We have heard various points of view. Some people are in favour of some form of euthanasia — and I will not go into all of it.

You say you are surprised that we are discussing the possibility of euthanasia in this place. That is part of our mandate.

Ms Mcpherson: I am not talking about this particular forum. I am talking about "at all", period.

The Deputy Chairman: In society?

Ms Petrucka: Yes.

Ms Mcpherson: Part of the problem is that you are saying "euthanasia", and I am saying "killing people," because that is what euthanasia is. Euthanasia does not help people to die; euthanasia makes people die.

Ms Petrucka: We are using pretty words for something that is really not very pretty.

[Traduction]

être exécuté par un professionnel de la santé ou par quelqu'un de l'extérieur?

Mme Mcpherson: Je ne crois pas qu'elle devrait être légalisée.

Mme Petrucka: Je ne vais pas répondre à cette question parce que je ne crois pas que l'euthanasie sera un jour légalisée.

Le sénateur Keon: Mais l'avortement est légal. Vous avez soulevé la question.

Mme Mcpherson: Non, l'avortement n'est pas légal; il n'est tout simplement pas illégal. Il y a une différence.

Le sénateur Keon: On nage dans l'inconnu.

Mme Petrucka: Il y a une différence.

Le sénateur Keon: Personne ne fait l'objet de poursuites judiciaires pour avoir exécuté un avortement.

Mme Mcpherson: Mais ce n'est pas légal.

Le sénateur Keon: On pourrait se retrouver dans une situation semblable en ce qui concerne l'euthanasie.

Mme Mcpherson: Très certainement.

Le sénateur Keon: Le problème, c'est que les gens restent sur leur position d'un côté comme de l'autre. La question que je soulève n'est pas du tout réglée. Il peut être prématuré de le faire avant que l'on adopte la loi à cet effet.

Mme Mcpherson: Ce qui est dérangeant pour la plupart d'entre nous, c'est que nous sommes ici en train de discuter pour savoir si on devrait légaliser ou non l'assassinat des gens. Ça me dérange de savoir que nous sommes même en train de discuter d'un tel problème dans notre pays.

Mme Petrucka: Cela fait partie de la déshumanisation de la vie humaine. C'est la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui.

La vice-présidente: Je tiens à vous souligner que l'une des raisons pour lesquelles notre Comité a été créé, c'est que l'euthanasie devient de plus en plus un problème. Nous voulions nous pencher sur la question. Nous avons entendu différents points de vue. D'aucuns sont en faveur d'une certaine forme d'euthanasie, et je ne vais pas entrer dans tous les détails.

Vous dites être surprise de voir que nous discutons de la possibilité de l'euthanasie ici même, mais cela fait partie de notre mandat.

Mme Mcpherson: Je ne parle pas de votre Comité en particulier, je parle d'une situation générale, un point c'est tout.

La vice-présidente: Dans la société?

Mme Petrucka: Oui.

Mme Mcpherson: Le problème tient en partie au fait que vous parlez d'«euthanasie» alors que je parle d'«assassinat», parce que c'est ce qu'est l'euthanasie. L'euthanasie n'aide pas les gens à mourir; l'euthanasie fait mourir les gens.

Mme Petrucka: On utilise des beaux mots pour décrire une chose qui n'est véritablement pas très belle.

[Texte]

The Deputy Chairman: Thank you for bringing up this point quite extensively. It is another facet we will eventually have to look at.

Senator Beaudoin: When I came to the committee, you were already answering a question with regard to the living will, and I missed part of your answer.

You said one may change their mind after drafting a living will. One may change his or her mind at any time.

On the principle itself your propositions are clear, but there is a point I wish to know more about. It concerns the living will and what the Canadian Bar Association has said on this matter.

I understand you are opposed to a living will. If a living will were drafted, would you want that document ignored? Is that what you suggest?

Ms Mcpherson: No, we could not ignore it if it were a legal document.

Senator Beaudoin: We have now in the Criminal Code something dealing with what we call "assisted suicide". The Supreme Court of Canada divided four-to-five on that issue. That illustrates how difficult this question is. We may be for or against, but that is another matter.

What is your opinion about a person making a living will to stipulate that they do not want to be kept alive or that they want to be "killed", to use your terminology? Do we follow the will? Do we ignore the will? Do we comply with the will? Do we ask the legislators — that is, the Parliament of Canada — to intervene with legislation in that field?

Ms Mcpherson: In the field of living wills?

Senator Beaudoin: Yes.

Ms Mcpherson: You asked a lot of questions. Let me attempt to answer a few of them.

First of all, we could not ignore a living will if it were a legal document and were presented to us in our place of work. However, if the living will stated that someone wanted to be killed, I could not at this point, whether I wished to or not, kill someone. That is against the law.

Senator Beaudoin: Yes.

You say the will is legal in a way, but it is illegal to kill. This means, in practice, that we ignore the living will.

Ms Mcpherson: It is just like making any other will. If you make a will that leaves all your money to some guy down the street, and you do not leave your wife any, she can fight that too. A legal document can be disputed in court, if necessary.

[Translation]

La vice-présidente: Je vous remercie de défendre votre point de vue avec autant de vigueur. C'est là une autre facette que nous allons devoir examiner.

Le sénateur Beaudoin: Lorsque je suis entré, vous répondiez déjà à une question concernant le testament biologique, et j'ai manqué une partie de votre réponse.

Vous avez dit que quelqu'un pouvait changer d'idée après avoir rédigé son testament biologique. On peut toujours changer d'idée n'importe quand.

S'agissant du principe même, vos propositions sont claires, mais j'aimerais que vous éclairciez une question. Elle concerne le testament biologique et la réaction de l'Association du Barreau canadien à cet égard.

Je crois comprendre que vous êtes contre le testament biologique. Mais si quelqu'un rédigeait un testament biologique, voudriez-vous que l'on n'en tienne pas compte? Est-ce ce que vous proposez?

Mme Mcpherson: Non, il faudrait en tenir compte si c'était un document juridique.

Le sénateur Beaudoin: Le Code criminel renferme maintenant une disposition sur ce que l'on appelle le «suicide assisté». La Cour suprême du Canada a rendu un jugement divisé, quatre contre cinq, sur la question. C'est la preuve que le problème est difficile à résoudre. Vous pouvez être pour ou contre, mais ça c'est une autre histoire.

Que pensez-vous d'une personne qui fait un testament biologique et qui précise ne pas vouloir être maintenue en vie ou vouloir être «tuée» pour utiliser votre terminologie? Est-ce que vous respectez le testament? Est-ce que vous l'exécutez? Vous soumettez-vous à ses dispositions? Est-ce que vous demandez au législateur, en l'occurrence le Parlement du Canada, d'intervenir et d'adopter une loi dans ce domaine?

Mme Mcpherson: Pour ce qui est des testaments biologiques?

Le sénateur Beaudoin: Oui.

Mme Mcpherson: Vous avez posé beaucoup de questions. Permettez-moi de tenter de répondre à quelques-unes d'entre elles.

Premièrement, il serait impossible pour nous de ne pas tenir compte d'un testament biologique s'il s'agissait d'un document juridique qui nous était présenté dans le cadre de notre travail. Cependant, si le testament biologique stipulait que la personne veut être tuée, je ne pourrais pas actuellement, que je le veuille ou non, tuer quelqu'un. C'est contre la loi.

Le sénateur Beaudoin: Oui.

Dans un sens, vous dites que le testament est légal, mais dans l'autre, qu'il est illégal de tuer quelqu'un. Cela veut dire en pratique que l'on ne tient pas compte du testament biologique.

Mme Mcpherson: C'est comme faire un autre testament. Si vous dites dans votre testament que vous laissez tout votre argent à un étranger, et que vous ne laissez rien à votre femme, elle peut le contester aussi. Un document juridique peut être contesté devant le tribunal, si nécessaire.

[Text]

Ms Farnand: What we are saying is that we will not do anything that will intentionally kill our patients. Euthanasia is an intentional act that will kill our patients.

Perhaps this ties in with what Dr. Keon was saying. We will not do anything to kill our patients. I would refuse to do that.

Senator Beaudoin: So you would not give effect to the will.

Ms Farnand: Of course not.

Ms Petrucka: The major point is not the will. The major point is saying "no" to killing; "no" to assisting our patients to die. That is what we are trying to identify.

Senator Beaudoin: I am not saying you are right or wrong; I want to understand what you want exactly.

Ms Mcpherson: Legally, we cannot do it now. It is against the law.

Senator Beaudoin: We will deal with that question later on.

You say that, if a person asked to be killed in a living will, you would not give effect to that will.

Ms Mcpherson: Of course not.

Ms Petrucka: Of course not.

Senator Beaudoin: That is your position?

Ms Mcpherson: You cannot legally require someone to do something that is illegal. Asking me to kill someone is illegal.

Senator Beaudoin: That is another problem. We have laws, but we can change laws.

Ms Petrucka: Are you talking about the law as it stands now?

Senator Beaudoin: Yes.

Ms Mcpherson: It is illegal for me to kill someone. You can demand anything, but I am not legally compelled to do something that is illegal.

Senator Beaudoin: So, in practice, that means we do not give effect to the living will.

Ms Mcpherson: It depends on what it says.

Senator Beaudoin: I am not saying it is right or wrong. Again, I just want to know.

Ms Petrucka: That is why I say living wills are very confusing.

The Deputy Chairman: We hear, in a more or less official way, that euthanasia is being done in, let us say, hidden circumstances. People are unaware. Have you or your colleagues ever witnessed cases where you have seen doctors doing this?

As nurses, you know that abortions many years ago were not done in an open way. Abortions also created circumstances of abuse. We can draw a parallel there.

[Traduction]

Mme Farnand: Ce que nous disons, c'est que nous n'allons rien faire pour tuer intentionnellement nos patients. L'euthanasie est un acte intentionnel qui vise à tuer nos patients.

Cela rejoint peut-être ce qu'a dit le docteur Keon. Nous n'allons rien faire pour tuer nos patients. Je refuserais de le faire.

Le sénateur Beaudoin: Donc, vous n'exécuteriez pas le testament biologique?

Mme Farnand: Bien sûr que non.

Mme Petrucka: Le point important, ce n'est pas le testament. Ce qui importe, c'est de dire «non» à l'assassinat, «non», nous ne voulons pas aider nos patients à mourir. C'est ce que nous essayons de faire comprendre.

Le sénateur Beaudoin: Je ne dis pas que vous avez tort ou raison. Je veux comprendre ce que vous voulez exactement.

Mme Mcpherson: Légalement parlant, nous ne pouvons pas le faire maintenant. C'est contre la loi.

Le sénateur Beaudoin: Nous allons aborder cette question plus tard.

Vous dites que si une personne demandait à être tuée dans un testament biologique, vous n'exécuteriez pas ce testament.

Mme Mcpherson: Bien sûr que non.

Mme Petrucka: Bien sûr que non.

Le sénateur Beaudoin: C'est ce que vous pensez?

Mme Mcpherson: Légalement parlant, on ne peut pas obliger quelqu'un à faire quelque chose qui est illégal. Me demander de tuer quelqu'un, c'est illégal.

Le sénateur Beaudoin: C'est un autre problème. Nous avons des lois, mais nous pouvons les changer.

Mme Petrucka: Est-ce que vous parlez de la loi actuelle?

Le sénateur Beaudoin: Oui.

Mme Mcpherson: Il est illégal pour moi de tuer quelqu'un. Vous pouvez exiger n'importe quoi, mais légalement parlant, je ne suis pas obligée de faire quoi que ce soit d'illégal.

Le sénateur Beaudoin: Donc, en pratique, cela veut dire que vous n'exécutez pas le testament biologique.

Mme Mcpherson: Cela dépend de son contenu.

Le sénateur Beaudoin: Je ne dis pas que c'est correct ou non. Là encore, je veux simplement savoir.

Mme Petrucka: C'est pourquoi je dis que les testaments biologiques prêtent énormément à confusion.

La vice-présidente: On entend dire, de façon plus ou moins officielle, que l'euthanasie est pratiquée, disons, dans des circonstances cachées. Les gens n'en sont pas conscients. Est-ce que vous ou vos collègues avez déjà été témoins de cas de médecins qui pratiquent l'euthanasie?

En tant qu'infirmières, vous savez qu'il y a de nombreuses années, on ne pratiquait pas l'avortement de façon ouverte. L'avortement a aussi suscité de l'abus. On peut établir ici un parallèle entre les deux.

[Texte]

In your own practice, can you intervene as a professional and say "This cannot be done"? What happens? I am talking about euthanasia at this point.

Ms Mcpherson: First of all, abortion is still being abused. Many hospitals do abortions but do not call them abortions. They call them "other medical procedures". We all know that goes on. There is nothing that a nurse, as such, can do.

I have not been involved in a case of euthanasia, but I have heard from others who know of instances where this went on. However, I do not think legalizing killing will stop abuse.

Many years ago, when abortion was made not legal but not illegal, we were told that abortions would decrease. In fact, they have increased. I see no reason to assume that, if we legalized killing some of our patients, it would be done any better. Some people would still want to hide what they consider to be a shameful act, and well they should.

The Deputy Chairman: We have not addressed any questions to the representatives of Action Life. Unless my colleagues have questions of you, I wish to tell you that you have supplied a great deal of material which we will examine carefully. I am sure it will be useful to the committee because we are just at the beginning of our process.

Senator Beaudoin: We did not hear much about assisted suicide. I understand that, for the same reasons, you consider assisted suicide to be a form of euthanasia.

Ms Rees: Yes, we do.

Senator Beaudoin: And since you are philosophically, for many reasons, against euthanasia, you are therefore against any form of assisted suicide.

Ms Rees: Yes, because the intent of the act is to kill the patient. Therefore the end result is always the same whether it is done by a physician or by some other person.

The Deputy Chairman: Thank you very much. We appreciate the presentation of your brief.

The next presentation will be from Mr. Rosenbaum and Ms McMurran. I hope it is possible to make your presentation in 20 minutes. Unfortunately, due to unforeseen events, we will have to adjourn at 5.00 p.m. Perhaps, if you could remain, there could be time for questions after supper.

Mr. Stanley Rosenbaum, Choice in Dying: I will attempt to stay within the time limit you mention, senator.

The Deputy Chairman: Will you be able to return after supper for the discussion period at 7:15 p.m.

Mr. Rosenbaum: Yes, we can do that.

Honourable senators, we appreciate this opportunity to present our views. The name of our group is Choice in Dying, Ottawa.

[Translation]

Dans la pratique, pouvez-vous intervenir en tant que professionnelles et dire que cela ne se fait pas? Qu'est-ce qui se produit? Je parle d'euthanasie ici.

Mme Mcpherson: D'abord, l'avortement amène encore des abus. Beaucoup d'hôpitaux font des avortements mais ne les désignent pas comme tels. Ils font ce qu'ils appellent «d'autres procédures médicales». Nous savons tous ce qui se passe. Il n'y a rien qu'une infirmière ne puisse y faire.

Je n'ai jamais été partie à une cause d'euthanasie, mais j'ai entendu dire par d'autres que c'est ce qui se passe dans certains cas. Cependant, je ne crois pas que le fait de légaliser l'assassinat va faire cesser les abus.

Il y a de nombreuses années, lorsque l'avortement n'a pas été rendu légal mais toléré, cependant, on nous avait dit que le nombre d'avortements allait diminuer. En fait, il a augmenté. Je ne vois aucune raison de supposer que si nous légalisons l'assassinat de certains de nos patients, nous ferions mieux. Certaines personnes voudraient quand même cacher ce qu'elles considèrent comme un acte honteux, et c'est ce qu'elles devraient faire.

La vice-présidente: Nous n'avons pas posé de question aux représentants d'*Action pour la vie*. À moins que mes collègues ne veuillent vous poser des questions, je tiens à vous dire que vous nous avez fourni beaucoup d'information que nous allons examiner soigneusement. Je suis sûre qu'elle sera utile pour le Comité, étant donné que nous en sommes au début de nos travaux.

Le sénateur Beaudoin: Vous n'avez guère parlé du suicide assisté. Je crois savoir que, pour les mêmes raisons, vous considérez le suicide assisté comme une forme d'euthanasie.

Mme Rees: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Et puisque, sur le plan philosophique, et pour bien des raisons, vous êtes contre l'euthanasie, vous êtes donc contre toute forme de suicide assisté?

Mme Rees: Oui, parce que le but de l'acte est de tuer le patient. Par conséquent, le résultat est toujours le même, que l'acte soit exécuté par un médecin ou par une autre personne.

La vice-présidente: Merci beaucoup. Nous apprécions le témoignage que vous nous avez présenté.

Nos prochains témoins sont M. Rosenbaum et Mme McMurran. J'espère que vous pourrez faire votre exposé en 20 minutes. Malheureusement, en raison d'événements non prévus, nous allons devoir nous ajourner à 17 heures. Si vous pouviez rester avec nous, nous pourrions peut-être vous poser des questions après le souper?

M. Stanley Rosenbaum, Choice in Dying: Je vais tenter de rester pour la période dont vous avez parlé, sénateur.

La vice-présidente: Est-ce que vous pourriez revenir après le souper pour la période de discussion à 19 h 15?

M. Rosenbaum: Oui, c'est possible.

Honorables sénateurs, nous vous remercions de la possibilité que vous nous offrez de présenter notre opinion. Le nom de notre groupe est *Choice in Dying, Ottawa*.

[Text]

I would like to say a word about my colleagues. On my left is Mrs. Stella McMurrin who has been active in this issue for many years. She joined the Euthanasia Society of the U.S.A. 16 or 17 years ago and is still very active. Unfortunately, another of our colleagues, Mr. Norman Knight, is not able to be present today. He was taken to hospital very suddenly this morning. We very much regret that you cannot have the benefit of his good advice on this occasion. He is elderly and is very knowledgeable about these matters. He is a retired federal public servant. His wife died of ALS two years ago, so he has much personal experience on the issue.

We hear a great deal about how complex this issue is. Complexity is there, undoubtedly. But the challenge, surely, is to define fundamental concepts to reduce the complexity to manageable proportions. Accordingly, we kept our brief short, to less than 3,000 words. We could have said a lot more. We will also attempt to restrain ourselves from saying too much on this occasion.

As our name indicates, our position is that every mature person who is terminally or incurably ill has a right to self-determination in dying. Our position is guided by compassion for dying people. Dying people are the people who would be your best witnesses, if only they could rise up from their beds and attend this committee. We are also guided by our wish for the same rights for ourselves.

We do not agree with those who say that self-determination will lead to a duty to die on the part of honourable people. The rights of those who are sick, handicapped or elderly can, and must, be protected, but not by denying rights to everybody else. We are sure that can be done.

We do not accept allusions to Nazi Germany. Nazi Germany became a totalitarian regime before it introduced euthanasia; it was not the other way around. Introducing voluntary euthanasia in Canada will not lead to a totalitarian regime. One could say the same thing about any number of other social issues or medical practices. They do not, of themselves, lead to totalitarianism. We obviously have to be on our guards against totalitarianism at all times, but nothing we do for or against euthanasia will change that.

In Part B of our brief we set out the principles in which we believe. In the first section of Part B is the principle of self-determination. I will keep my comments short, since our brief is available to members of the committee. I will only say that, to us, self-determination means that every person has the right to accept or refuse any or all medical treatment or continuation of it; to accept or refuse artificial life support, artificial methods of feeding and maintenance of breathing and heart activity; that every person who is suffering from a terminal or incurable illness has the right to decide what level of suffering is bearable. We consider it unacceptable that a decision about

[Traduction]

J'aimerais vous dire quelques mots au sujet de mes collègues. À ma gauche, vous avez Mme Stella McMurrin, qui milite en faveur de notre cause depuis de nombreuses années. Elle s'est jointe à l'*Euthanasia Society* des États-Unis il y a 16 ou 17 ans et elle est toujours très active au sein du mouvement. Malheureusement, un autre de nos collègues, M. Norman Knight, est absent aujourd'hui, il a été amené d'urgence à l'hôpital ce matin. Nous sommes vraiment désolés qu'il ne puisse vous faire bénéficier de ses bons conseils aujourd'hui. C'est une personne âgée qui connaît très bien la question. C'est un fonctionnaire fédéral à la retraite. Sa femme est morte de SLA il y a deux ans, c'est donc dire que son expérience personnelle sur la question est très importante.

Beaucoup de gens disent que ce problème est complexe. Sans aucun doute ont-ils raison. Mais le défi qui se pose est sûrement de définir les concepts fondamentaux visant à ramener cette complexité à des proportions raisonnables. Par conséquent, nous avons voulu présenter un mémoire bref, contenant moins de 3 000 mots. Nous aurions pu en dire beaucoup plus. Nous allons également tenter de restreindre nos interventions aujourd'hui.

Comme le nom de notre organisme l'indique, nous estimons que toute personne adulte, souffrant d'une maladie incurable ou en phase terminale, a le droit de décider comment elle veut mourir. Nous sommes guidés par des motifs de compassion à l'égard des gens qui sont en train de mourir. Si ces gens pouvaient seulement quitter leur lit et venir témoigner devant votre Comité, ce seraient les meilleurs témoins que l'on pourrait entendre. Nous réclamons également les mêmes droits pour nous-mêmes.

Nous ne sommes pas d'accord avec ceux qui disent que la reconnaissance de ce droit va inévitablement conduire à l'imposition d'un «devoir de mourir». Les droits des personnes qui sont malades, handicapées ou vieilles, peuvent et doivent être protégés, mais non pas en refusant des droits à tous les autres. Nous sommes certains que nous pouvons y arriver.

Nous n'acceptons pas non plus les allusions faites à l'Allemagne nazie. L'Allemagne nazie est devenue un régime totalitaire avant qu'elle ne mette l'euthanasie en pratique, et non le contraire. L'adoption de l'euthanasie volontaire au Canada n'amènera pas la création d'un régime totalitaire. On pourrait dire la même chose d'un certain nombre de questions sociales ou de pratiques médicales qui, en soi, ne conduisent pas au totalitarisme. Bien sûr, nous devons être vigilants et combattre le totalitarisme en tout temps, mais aucune mesure favorable ou défavorable à l'égard de l'euthanasie ne viendra changer quoi que ce soit.

Dans la Partie B de notre mémoire, nous établissons les principes auxquels nous croyons. Dans la première section de la Partie B, il est question du principe de l'autodétermination. Je vais tenter d'être bref, puisque notre mémoire a été remis à tous les membres du Comité. J'aimerais simplement dire que, pour nous, l'autodétermination signifie que toute personne a le droit d'accepter ou de refuser l'administration ou la continuation d'un traitement médical; d'accepter ou de refuser le maintien en vie par des méthodes artificielles, entre autres, d'alimentation et de maintien de la respiration et de l'activité cardiaque; en outre, tout malade incurable ou en phase terminale a le droit de déterminer

[Texte]

suffering should be made by a person, whether that person is a health care professional or anyone else, other than the person who is suffering.

Such a person has the right to request and receive professional aid to hasten death, and such a request must be made clearly and consistently in a way that leaves no doubt about the person's wishes. Furthermore, under the principles, we state the need to recognize and comply with the advance directives.

Another of our principles concerns the rights and obligations of people who are health care professionals. No one should be obliged to assist in a request that is against their conscience. However, we do believe that a professional caregiver who declines to assist in such a request should have a duty to provide a referral.

In the next section of our brief, we deal with some obstacles to the legalization of aid in dying. Most Canadians agree that some form of assisted dying should be made legally available, but it should be redundant to have to look for that kind of support. We believe the Criminal Code should be amended because euthanasia is a human right, not because it happens to be popular at any given time. Those who consider it to be morally wrong do not have the right to force their beliefs on everyone else.

We keep hearing about the Hippocratic Oath and we would rather not talk about it. We think it is of historical interest, but it is not binding upon present day situations. Instead, physicians should be guided by the wishes of the patient.

We raise the question of feelings of guilt among relatives and friends of dying people. There is a number of causes of guilt, and we list five of them: guilt due to unresolved shortcomings in relationships; feelings of resentment at the disruption this illness is causing to a person's life; guilt when there is financial gain expected from the death of a relative; guilt in knowing that the person wants death in order to avoid being a burden — and we constantly hear that stated.

One type of guilt is more distressing than any other, and that is guilt when the suffering person repeatedly begs for an end to life but the relative or friend does not help for only one reason, and that is that it is prohibited by law. That can, and does, lead to terrible feelings of guilt.

We do not want to make light of all those causes of guilt. We do believe that, broadly speaking, there is one basic remedy for them: We have to put the dying person's wishes above our own.

We accept that there is a need to protect vulnerable people from improper influence and from feeling a duty to die. There must be no duty to die. We owe it to them to protect them from that.

[Translation]

quel niveau de souffrance est supportable. À notre avis, il est inacceptable qu'une décision concernant les souffrances d'une personne ne soit prise que par une personne, qu'il s'agisse d'un professionnel de la santé ou de n'importe qui d'autre, à part la personne qui elle-même souffre.

Le malade incurable ou en phase terminale a également le droit de demander et de recevoir une aide professionnelle pour hâter sa mort à condition qu'il le demande clairement et constamment d'une manière qui ne laisse aucun doute quant à ses volontés. En outre, parmi les principes que nous énonçons, nous estimons qu'il est nécessaire d'accepter et d'exécuter les directives préalables données par une personne.

Un autre de nos principes concerne les droits et les obligations des professionnels de la santé. Personne ne doit être forcé à aider quelqu'un à hâter sa mort contre sa conscience. Toutefois, si le soignant exerce ce droit de refus, il devrait être tenu d'adresser le malade à une personne qualifiée disposée à respecter ses volontés.

Dans la partie suivante de notre mémoire, nous faisons état des obstacles à la légalisation de l'aide à la mort. La vaste majorité des Canadiens sont d'accord pour que les mourants aient la liberté de choix, mais il ne s'agit pas d'un dossier où il faut attendre l'approbation de la majorité. Nous croyons que le Code criminel devrait être modifié parce que l'euthanasie est un droit humain, et non pas parce qu'elle est populaire à un moment donné. Ceux qui estiment qu'il est moralement répréhensible de fournir de l'aide n'ont pas le droit d'imposer leurs croyances aux autres.

On entend beaucoup parler du serment d'Hippocrate et nous préférons nous abstenir d'aborder la question aujourd'hui. Nous croyons que cette question revêt un intérêt historique, mais quoi qu'il en soit, ce serment n'a pas force de loi de nos jours. Les médecins devraient au contraire être guidés par les volontés du malade.

En plus de l'inquiétude, de la peur et du chagrin, les parents et amis des incurables et des mourants éprouvent souvent beaucoup de culpabilité pour l'une ou l'autre des raisons suivantes. Nous allons en énumérer cinq: ils ont des choses à se reprocher dans leur relation avec le malade; ils n'admettent pas le dérangement que la maladie occasionne dans leur vie; ils pourraient profiter financièrement de la mort du malade; ils savent que le malade veut la mort afin de cesser de leur être un fardeau, et c'est là une chose que nous entendons constamment.

Par-dessus tout, alors que le malade les supplie sans relâche de mettre fin à ses jours, ils ne peuvent rien faire parce que la loi le leur interdit. Un tel sentiment peut susciter, et suscite effectivement beaucoup de culpabilité.

Nous ne voulons pas aborder tous ces sentiments de culpabilité, mais nous croyons que la seule façon d'y échapper, c'est d'abord et avant tout d'accorder au malade ce qu'il veut vraiment et ce qu'il choisit de son plein gré.

Nous reconnaissons qu'il faut protéger les gens vulnérables contre toute influence induite et contre ce sentiment de croire qu'ils doivent mourir. Mourir ne doit pas être un devoir pour personne.

[Text]

There is a whole spectrum of people — those who, at one extreme, are very vulnerable and those who, at the other extreme, are very informed and self-reliant and have support of family and friends, and then there are all those in between.

The key to this is to make counselling available and information available, but it must be impartial. Health care professionals who are serving a patient have no right to push their own personal opinions one way or the other, whatever way they are, on to a patient. In our view, self-determination as we describe it will happen — and we hope sooner rather than much later.

Given self-determination, what happens next? Most people diagnosed with a serious illness will continue to ask for and accept medical treatment. However, the right to refuse treatment remains important, even if it is not very often exercised.

We agree with providing palliative care services, but palliative care is not acceptable to all dying patients, for various reasons which are not always all recognized. Uncontrolled pain is undoubtedly one of them. While it may be true that most kinds of pain can be controlled, to us the word “controlled” is a horrible word. Speaking personally, controlled pain means that the pain is at the threshold where you can just about stand it. You can lie there uselessly, not wanting to be there, but you have to endure it because you are being “controlled”.

Another reason that palliative care is not acceptable to everyone is the extreme dependency that it epitomizes, with degrading bodily condition, frustration, panic, or anger at being trapped. A patient may consider living in that situation to be pointless.

All these reasons together, or separately, show why palliative care might not be acceptable to everyone. Sometimes it is summarized by the phrase “loss of dignity”, but that phrase does not convey the grim reality of these conditions.

One form of self-determination is voluntary euthanasia. “Voluntary” means informed consent. In other words, without information there can be no meaningful consent. The word “voluntary” means that the person requesting euthanasia must have been informed and ensured that no action would be taken on the request unless it was made freely, without coercion. Voluntary euthanasia must have been freely requested by the person who dies as a result of it. When there is a request in an advance directive for voluntary euthanasia, in some circumstances this request should be considered valued if the circumstances are clearly specified.

Another form of euthanasia can be suicide. Under existing laws suicide is tolerated, providing no one else is involved. That means that it must be done in secret with no family or friends involved, and usually with no access to drugs or other humane means. There is a realistic fear or terror in a person's mind of

[Traduction]

C'est à nous de les protéger contre ce sentiment. Il y a toute une gamme de personnes, celles qui, à une extrémité du spectre, sont très vulnérables et celles qui, à l'autre extrémité, sont très informées et autonomes et qui jouissent du soutien de la famille et des amis, et ensuite il y a toutes les autres entre les deux catégories.

La clé de ce problème, c'est d'offrir un service de counselling et d'information, mais un service qui soit objectif. Les professionnels de la santé qui s'occupent d'un patient n'ont pas le droit de lui imposer leurs opinions personnelles, quelles qu'elles soient. À notre avis, l'autodétermination, telle que nous la décrivons, va se produire, et nous l'espérons, très bientôt.

Si le patient peut exercer son autodétermination, que se passe-t-il ensuite? La plupart des gens chez qui on a diagnostiqué une maladie grave vont continuer de demander et d'accepter des traitements médicaux. Cependant, le droit de refuser le traitement demeure important, même s'il n'est pas exercé très souvent.

Nous sommes d'accord pour que l'on accorde des soins palliatifs, mais les soins palliatifs ne sont pas acceptables pour tous les mourants, et ce, pour diverses raisons qui ne sont pas toujours bien reconnues. La douleur non contrôlée est sans aucun doute l'une d'elles. Bien qu'il puisse être vrai que la plupart des douleurs peuvent être contrôlées, pour nous, l'utilisation du terme «contrôlée» est horrible. En ce qui me concerne, contrôler la douleur, cela veut dire que la douleur est à un seuil où on peut tout simplement la tolérer. On peut reposer dans un lit, sans vouloir être là, mais il faut endurer la douleur parce qu'elle est «contrôlée».

Les soins palliatifs ne sont pas acceptables pour tout le monde, entre autres, à cause de l'extrême dépendance qu'ils provoquent, l'organisme se dégradant, le patient devenant frustré, paniqué ou révolté d'être pris au piège. Il se peut très bien qu'un patient estime que la vie en pareilles circonstances ne vaille pas la peine d'être vécue.

Toutes ces raisons réunies, ou prises séparément, montrent pourquoi les soins palliatifs peuvent ne pas être acceptables pour tout le monde. Parfois, on résume en utilisant l'expression «perte de dignité», mais cette phrase ne traduit pas la triste réalité qui accompagne de telles conditions.

L'euthanasie volontaire est une forme d'autodétermination. Par «volontaire», on entend un consentement informé. Autrement dit, sans cette information, il ne peut y avoir de consentement significatif. Le terme «volontaire» signifie que celui qui demande l'euthanasie doit avoir été informé et assuré qu'il ne sera donné suite à la demande que si elle est faite librement et sans coercion. L'euthanasie volontaire doit avoir été librement demandée par celui qui en meurt. Si, dans sa directive préalable, le malade demande qu'on lui administre l'euthanasie volontaire, parfois, ce vœu doit être considéré comme valide si les circonstances sont clairement exposées.

Le suicide peut être considéré comme une autre forme d'euthanasie. Le suicide n'est pas illégal au Canada, à la condition que personne d'autre ne soit en cause. Cela veut dire que l'acte doit être commis en secret sans la présence d'un membre de la famille ou d'un ami, et habituellement sans que la

[Texte]

pain lingering or failure. That is very realistic because failure does happen. For most dying people, unaided suicide is impossible anyway. We think that relatives, friends, professionals, counsellors, and so on, should be legally able to be present during suicide. Any form of counselling should be just as available as it is currently to patients dying in hospitals. Impartial counselling in a compassionate society that accepts the right to die as well as the right to live — that is, assistance in suicide — will be available without secrecy or stigma.

We talk about the Canadian Criminal Code and its provisions that affect health care professionals. Some health care professionals — and it is difficult to say how many — might agree to respect a person's wishes, but they now cite the Criminal Code as a reason for not respecting the person's wishes.

What reforms do we propose? It is widely acknowledged that physicians are secretly assisting in the death of some terminally ill patients. They are doing that without safeguards other than their own professional integrity. The Criminal Code should be amended to allow patients to be properly informed and to allow universal access to self-determination as a human right. Law reform should recognize the right of self-determination as legal.

In our brief we have defined our view of what we mean by self-determination. We should like to see all threat of criminal sanctions removed from those who assist others in exercising self-determination as so defined.

I will close our brief with a recent thought: We spend our lives without understanding dying and eventually we die without ever understanding living. This must not prevent us from dealing with life and death issues.

The Chairman: Thank you, Mr. Rosenbaum. I apologize that I was not here earlier to hear your presentation, but I understand that you have agreed to come back at 7:15 p.m. We will have some questions for you at that time.

The committee recessed until 7:15 p.m.

Upon resuming at 7:15 p.m.

The Chairman: Honourable senators, we will proceed now, although a few of our members are not present. They are attending another meeting, but they will be here in a few minutes.

I apologize that I did not hear you present your brief earlier today, but I have read it.

You have said that you feel that people who do not feel comfortable with or who are morally opposed to the idea of assisting in euthanasia or assisted suicide should not be required to do so. However, the representatives of Nurses for Life today made the point that sometimes nurses feel as if they are being pressured in not too subtle ways, for example, to participate in

[Translation]

personne qui se suicide n'ait accès à des drogues ou à d'autres moyens humains. La personne a véritablement peur, elle est terrorisée d'avoir mal ou de rater son coup, ce qui est tout à fait réaliste parce qu'il arrive qu'elle ne réussisse pas. Pour la plupart des mourants, le suicide non assisté est impossible de toute façon. Les parents, les amis, des professionnels, des conseillers, etc., devraient pouvoir légalement être présents pendant le suicide et il faudrait que les conseils soient tout aussi accessibles que ceux offerts aux malades qui meurent dans les hôpitaux. Dans une société compatissante qui accepte le droit de mourir aussi bien que le droit de vivre, l'aide au suicide est offerte sans cachotterie ni flétriure.

Nous parlons également du Code criminel du Canada et de ses dispositions qui touchent les professionnels de la santé. Certains d'entre eux, il est difficile de dire combien, pourraient accepter de respecter les volontés d'une personne, mais aujourd'hui, ils invoquent le Code criminel pour ne pas le faire.

Mais quelles réformes proposons-nous? Il est bien connu que des médecins aident secrètement certains malades en phase terminale en ayant pour toute protection que leur intégrité professionnelle. Il faudrait modifier le Code criminel pour permettre aux malades d'être renseignés convenablement sur leurs droits et leurs options, et pour assurer l'accès universel à l'autodétermination. La réforme du droit devrait reconnaître le droit à l'autodétermination.

Dans notre mémoire, nous définissons ce que nous entendons par autodétermination. La réforme devrait faire en sorte de supprimer toutes les menaces de sanctions criminelles qui pèsent sur ceux qui aident autrui à exercer son droit à l'autodétermination tel que défini dans notre mémoire.

Enfin, j'aimerais vous laisser sur cette pensée moderne: l'être humain passe sa vie sans comprendre la mort et un jour, il finit par mourir sans avoir compris la vie. Cela ne devrait pas nous empêcher d'aborder les grands problèmes concernant la vie et la mort.

La présidente: Merci, monsieur Rosenbaum. Je m'excuse de n'avoir pas été ici plus tôt pour entendre votre témoignage, mais je crois savoir que vous avez accepté de revenir à 19 h 15. Nous aurons des questions à vous poser à ce moment-là.

Le comité suspend ses travaux jusqu'à 19 h 15.

Reprise de la séance à 19 h 15.

La présidente: Honorables sénateurs, nous allons recommencer nos travaux, bien que quelques-uns de nos membres soient absents. Ils assistent à une autre réunion de comité, mais ils seront là dans quelques minutes.

Je suis désolée de ne pas avoir entendu votre témoignage plus tôt aujourd'hui, mais j'ai lu votre mémoire.

Vous avez dit que les gens qui ne se sentent pas à l'aise avec l'idée de l'euthanasie ou du suicide assisté, ou qui y sont moralement opposés, ne devraient pas être obligés de participer à de tels actes. Cependant, les représentantes de *Nurses for Life* ont dit aujourd'hui que les infirmières se sentent parfois obligées, et ce, de façon peu subtile, par exemple, de participer à des

[Text]

abortion procedures, and they were concerned that this might apply equally to euthanasia or assisted suicide.

Do you believe that clear directives should be given by hospitals, medical associations or nurses associations so that there would be no question that anyone who did not believe in these procedures would not have to participate in any way?

Mr. Rosenbaum: That would be the intent of our statement, and our brief states exactly that.

Ms Stella McMurrin, Choice in Dying: We feel strongly that there should be guidelines so that people in a vulnerable position will not feel pressured to make a decision that they would not have made otherwise. It would seem to be a good thing if health caregivers could be ready to discuss with these people at an earlier stage what their options are, what their prognosis is, and all the various ways in which they might make their decision on a purely objective basis as far as possible. The discussion concerning their wishes should be held with family members and with their own family doctor so that there would be as little opportunity for pressure and influence as possible.

The Chairman: I understand that, but I was talking from the point of view of professional health caregivers who do not believe in these kinds of procedures, whatever they may be, and who do not want to participate in them.

Ms McMurrin: We feel strongly that health caregivers have the right to their own opinions and their own beliefs just like anyone else. No one should ever be compelled to perform euthanasia if it is against their beliefs and their values, but there is an obligation on that particular doctor or health caregiver to try to find another doctor or health caregiver who would be willing to participate if that is the sincere wish of the patient.

The Chairman: I suppose under our present system, since it is illegal — and yet we hear evidence to the effect that it is practised — it would be rather difficult to identify people that would be willing to help. We would have to decriminalize the procedures and make them legal in order to make people feel comfortable.

Ms McMurrin: Yes, absolutely. One of the great risks that is being run at the moment is the fact that doctors are practising assisted dying in secret constantly and everywhere, in various situations where compassion demands it and where they recognize a moral necessity. They are doing it at great risks to themselves and their careers because it is against the law. That is one of the main reasons that we would like to see the law changed.

The Chairman: Unfortunately, I did not have an opportunity earlier to put some questions to our other witnesses who were concerned about the effect of living wills. They felt that living wills would be instruments for permitting or encouraging euthanasia or assisted suicide. What is your opinion on that?

[Traduction]

avortements, et elles s'inquiétaient de voir qu'il pourrait en être de même pour l'euthanasie ou le suicide assisté.

Croyez-vous que les hôpitaux, les associations médicales ou les associations d'infirmiers et d'infirmières devraient donner des directives précises de façon que quiconque ne croit pas à de telles procédures ne soit aucunement tenu d'y participer?

M. Rosenbaum: C'est exactement le but de notre mémoire, et c'est précisément ce que nous proposons.

Mme Stella McMurrin, Choice in Dying: Nous croyons fermement que des lignes directrices devraient être adoptées afin qu'une personne se trouvant dans une position de vulnérabilité ne se sente pas obligée de prendre une décision qu'elle n'aurait pas prise autrement. Il me semble que les travailleurs de la santé seraient bien avisés de discuter avec les malades auparavant de leurs options, de leurs pronostics, ainsi que des diverses façons de prendre une décision la plus objective possible. Quant aux vœux des patients, ils devraient être discutés avec les membres de la famille et le médecin de famille, afin de restreindre au minimum la possibilité qu'on exerce des pressions et des influences quelconques.

La présidente: Je comprends, mais je parlais du professionnel de la santé qui ne croit pas à ce genre de procédures, quelles qu'elles soient, et qui ne veut pas y participer.

Mme McMurrin: Nous croyons fermement que les travailleurs de la santé ont droit à leur opinion et à leurs propres croyances comme tout le monde. Personne ne devrait être obligé de pratiquer l'euthanasie si cette mesure va à l'encontre de ses croyances et de ses valeurs; par contre, le médecin ou le travailleur de la santé doit trouver un autre médecin ou un autre travailleur qui sera prêt à participer si tel est le vœu sincère du patient.

La présidente: Je suppose que dans notre système, puisque c'est là une mesure illégale, pourtant nous entendons des gens dire qu'on la pratique, il serait plutôt difficile de trouver quelqu'un qui serait prêt à aider. Il faudrait décriminaliser ces actes et les légaliser afin que tout le monde se sente à l'aise.

Mme McMurrin: Oui, tout à fait. L'un des grands risques que l'on court actuellement, c'est que les médecins aident les gens à mourir de façon secrète constamment et partout, dans diverses situations où l'exige la compassion et lorsqu'ils se sentent un devoir moral de le faire. Ils le font en prenant des risques énormes pour eux-mêmes et leur carrière parce que c'est contre la loi. C'est une des raisons pour lesquelles nous aimerions que la loi soit modifiée.

La présidente: Malheureusement, je n'ai pas eu l'occasion tout à l'heure de poser des questions à nos autres témoins qui s'inquiétaient des répercussions que pourrait avoir le testament biologique. À leur avis, le testament biologique serait un instrument permettant ou encourageant l'euthanasie ou le suicide assisté. Qu'en pensez-vous?

[Texte]

Today many provinces are seriously considering them. In fact, in Ontario, the law has already been passed with respect to living wills although it has not been proclaimed and does not come into effect until January 1995. What is your opinion concerning the usefulness and the effectiveness of living wills or advance health care directives?

Ms McMurran: I personally feel that they are of extreme benefit to the patient, the family, the family doctor and the hospital. This was borne out in the video that was made by Dr. Malloy some time ago. Dr. Malloy, in Hamilton, produced a video on living wills in which nurses, doctors, patients and hospital administrators indicated how very useful they found these documents to be. They give a clear idea to the medical staff concerning the kind of treatment which the patient does or does not want under specified circumstances.

Personally, we are delighted that the provinces are now finally getting round to legalizing these documents, which have been legal in most of the United States and in many other countries for several years.

The Chairman: I was reading some material today, which included figures to the effect that, although many of the United States have legislation governing living wills, there are great differences in the types of will and the requirements for them. Some are worded so vaguely that doctors routinely ignore them. I would think that should be a warning to us in that, if we are to legalize them here, we will have to encourage people to word them in specific terms so that doctors or health caregivers would not be required to interpret the directions they were getting from the patient.

Ms McMurran: You are absolutely right. In fact, in recent years the term "living will" has now given way to the term "advance health care directive". An advance health care directive is, in all cases, more specific than the old-fashioned type of living will, which was a general statement that contained terms like "heroic measures", and so on, which did not say much to medical health caregivers. These advance care directives attempt to spell out, as clearly as possible, exactly what kind of care the patient would or would not want, with reference to specific pieces of technology and specific technological equipment, and are supposed to be accompanied by a clear and detailed statement of the condition in which the patient would not want life-prolonging measures applied.

Senator Rossiter: One of the nurses said earlier this afternoon that sometimes these so-called living wills are 20 or 30 years old and that circumstances change. What would have seemed to a person 30 years previously to be unheard of medical procedures would at a later date be almost commonplace. One of the difficulties was that people change their minds.

If this so-called document were found by a member of the family, would it represent the wishes of the person at that time in 1990 or in 1960? If it was not actually a legal document, the caregiver could put himself or herself in a difficult position with regard to the possible contesting of the will later.

[Translation]

Aujourd'hui, bon nombre de provinces examinent sérieusement la question. En fait, en Ontario, la loi a déjà été adoptée concernant le testament biologique, bien qu'elle n'ait pas encore été promulguée et qu'elle n'entrera pas en vigueur avant janvier 1995. À votre vis, le testament biologique ou les directives préalables, est-ce que ce sont des mesures utiles et efficaces?

Mme McMurran: Personnellement, je crois qu'il est très avantageux pour le patient, la famille, le médecin et l'hôpital. On le voit dans le vidéo qu'a produit récemment le docteur Malloy de Hamilton sur le testament biologique, dans lequel les infirmières, les médecins, les patients et les administrateurs d'hôpitaux sont venus dire à quel point ce document était très utile. Le testament biologique précise clairement à l'intention du personnel médical le genre de traitement que le patient veut ou ne veut pas avoir dans certaines circonstances.

Personnellement, nous sommes heureux de voir que les provinces songent finalement à légaliser ce document, qui est légal dans la plupart des États américains et dans de nombreux autres pays depuis plusieurs années.

La présidente: J'ai pris connaissance aujourd'hui de documents renfermant des statistiques qui indiquent que même si beaucoup d'États américains ont légalisé le testament biologique, on trouve d'énormes différences dans les types de testament et les exigences à cet égard. Le libellé de certains testaments est tellement vague que les médecins n'en tiennent presque jamais compte. Je pense que cela devrait nous servir d'avertissement, en ce sens que si nous devons légaliser le testament biologique, nous allons devoir inciter les gens à le rédiger dans des termes précis de sorte que les médecins ou les travailleurs de la santé ne soient pas tenus d'interpréter les directives qu'ils ont du patient.

Mme McMurran: Vous avez tout à fait raison. En fait, ces dernières années, la notion de «testament biologique» a maintenant cédé la place aux «directives préalables au travailleur de la santé». Dans tous les cas, de telles directives sont plus précises que le testament biologique d'auparavant, qui était une déclaration générale contenant des termes comme «mesures héroïques» et ainsi de suite, qui n'étaient pas tellement explicites pour les travailleurs de la santé. Les directives préalables visent à établir le plus clairement possible, le plus exactement possible, quel genre de soins le patient veut ou ne veut pas avoir en ce qui concerne certains équipements techniques; les directives préalables sont sensées être accompagnées d'une déclaration claire et détaillée des conditions dans lesquelles le patient ne veut pas que lui soient appliquées des mesures visant à prolonger sa vie.

Le sénateur Rossiter: Une des infirmières a dit cet après-midi qu'il arrive parfois que les testaments biologiques aient été rédigés il y a 20 ou 30 ans et que les circonstances changent. Ce qui semblait, il y a 30 ans, une procédure médicale non applicable pour une personne peut devenir plus tard tout à fait courante. L'une des difficultés, c'est que les gens changent d'idée.

Si un membre de la famille découvrait ce document, est-ce qu'il représenterait les vœux de la personne en ce moment en 1994 ou en 1960? Si ce n'est pas véritablement un document juridique, le soignant peut se trouver dans une situation délicate et risque que quelqu'un conteste le testament par la suite.

[Text]

Ms McMurran: Do you want me to answer that question?

Senator Rossiter: It was not exactly a question; it was an observation. But I should like to hear your answer.

Ms McMurran: In Canada at the moment no living will is 20 years old since they have not been on the market long enough.

Mr. Rosenbaum: Yes, and we have some learning to do.

Ms McMurran: That is one of the reasons that we have been advocating strongly that, together with a living will form or an advance health care directive, each individual should grant someone a proxy to speak for them. They should have fully discussed with that person what their wishes would be for treatment at the end of life so that, even if such a situation were to happen, it would be taken care of.

Personally, I would find it rather unlikely that anyone would leave a living will lying around for 20 years and, when they became ill, would not then do something about it — that is, as long as they were competent — even to the extent of speaking to their doctors. A living will does not in any way take preference over an oral directive given by a patient to a doctor as long as the patient can communicate with the doctor.

The Chairman: That is an essential point. That will probably be spelled out clearly in the legislation. There is no point in having legislation and regulations if there is no way to ensure that people know precisely what they are required to do and some way of enforcing those directions if they do not do it. But we are trying to look into the future now.

I am sure there will be experimentation as to the proper kinds of directives so as to make the health caregivers, as well as the patients and their families, feel comfortable with what they are doing.

Senator Corbin: I also did not have the opportunity to listen to your presentation because of commitment to two other committees.

You make a statement that I find difficult to accept. You say that no person should be obligated to assist in hastening death. But you then declare that there is an obligation on a professional caregiver to refer patients to an alternative qualified person who is willing to comply with their wishes.

I think you will find that one hard to sell. I do not think you can impose that type of obligation on any health caregiver, professional or otherwise, if that person, in his or her conscience, believes in the sacredness of human life no matter what the circumstances.

We had witnesses here this afternoon who hold a diametrically opposed view to what you say here. There is no way that you will compel them to grant your wish.

[Traduction]

Mme McMurran: Est-ce que vous voulez que je réponde à cette question?

Le sénateur Rossiter: Ce n'était pas exactement une question, mais plutôt une observation. Cependant, j'aimerais entendre votre réponse.

Mme McMurran: Au Canada, on ne trouve aucun testament biologique qui ait plus de 20 ans car ce document n'est pas sur le marché depuis assez longtemps.

M. Rosenbaum: Oui, et nous en avons encore à apprendre.

Mme McMurran: C'est l'une des raisons pour lesquelles nous soutenons avec vigueur que la personne qui rédige un testament biologique ou donne des directives préalables devrait également accorder un mandat à quelqu'un qui parlera en son nom. Elle doit avoir discuté de tous les détails avec cette personne quant à ses vœux concernant un traitement à la fin de sa vie, de sorte que même si une telle situation devait se produire, on prendrait les mesures qui s'imposent.

Personnellement, je pense qu'il est peu probable que quelqu'un laisse intact un testament biologique pendant 20 ans et qu'au moment où la personne devient malade, elle ne fera rien pour le modifier, dans la mesure où elle est mentalement compétente pour le faire, allant même jusqu'à parler avec son médecin. Le testament biologique n'a aucunement préséance sur une directive orale donnée par un patient à un médecin dans la mesure où le patient peut communiquer avec le médecin.

La présidente: C'est là une question essentielle qui sera probablement précisée très clairement dans la loi. Ce n'est pas la peine de faire adopter une loi et des règlements si on n'a aucune façon de s'assurer que les gens savent précisément ce qu'ils sont tenus de faire tout en disposant de certaines mesures pour que l'on réponde à leurs volontés si le testament n'est pas respecté. Mais ce que nous essayons de faire maintenant, c'est de prévoir pour l'avenir.

Je suis sûre qu'on va expérimenter les changements à apporter pour donner de bonnes directives et faire en sorte que le travailleur de la santé, le patient et sa famille se sentent à l'aise.

Le sénateur Corbin: Je n'ai pas moi non plus eu la chance d'entendre votre exposé parce que j'ai dû assister à deux autres séances de comité.

Vous dites des choses que je trouve difficiles à accepter. Vous dites que personne ne devrait être obligé d'aider quelqu'un à hâter sa mort. Mais vous déclarez ensuite que le professionnel de la santé est tenu de renvoyer un patient à une autre personne qualifiée qui accepte d'exécuter ses vœux.

Je pense que vous allez avoir de la difficulté à me convaincre. Je ne crois pas que vous puissiez imposer ce genre d'obligation à un travailleur de la santé, à un professionnel de la santé ou à quiconque, si cette personne, en son âme et conscience croit au caractère sacré de la vie humaine, peu importe les circonstances.

Nous avons entendu des témoins cet après-midi qui ont une opinion diamétralement opposée à la vôtre. Vous n'arriverez jamais à les forcer à exécuter vos vœux.

[Texte]

Mr. Rosenbaum: We understand that there would be that kind of difficulty. We insist that it be just and fair to all parties — that is, if a caregiver is more interested in his or her own views.

Senator Corbin: Well, let us say professional ethics.

Mr. Rosenbaum: Yes, but professional ethics tend all too frequently to emphasize the views of the caregiver when they should be emphasizing the wishes of the patient. Very often in the past the patient's wishes were totally ignored. This seems to be changing, but it still has some way to go.

We make it clear that we do not wish to see such a caregiver obligated to provide assistance. But the fair position is that the caregiver has a duty to listen to the patient and say, "I do not believe in this, but we do know that if you go over there you can get someone who will listen to you." That is our position.

Senator Corbin: Do you really believe that a person who does not believe in recourse to euthanasia or self-assisted suicide has a duty to find someone who will accommodate the dying, or whatever?

Mr. Rosenbaum: A referral only means an attempt. It may not be possible. In other words, there may be no one. You cannot oblige someone to do that which is not in their power to do.

Senator Corbin: But you do say that there is an obligation to refer patients.

Mr. Rosenbaum: Yes.

Senator Corbin: You are opening up quite a can of worms here. I am not sure that that will be productive for Canadian society per se.

Do you hold the view that things are so bad today that we really have to go this far?

Mr. Rosenbaum: Yes.

Senator Corbin: You do?

Ms McMurrin: At the moment there are people dying — sometimes with great suffering and pain and other times not with all that much pain — with a great deal of indignity and in ways totally dependent. They are not able to die when that is the very thing they most wish to do. They are being kept alive against their wishes in some form or other, whether hooked up to machines, in the palliative care unit, or however it may be, because it is illegal for anyone to help them. They cannot perform the act themselves, as Sue Rodriguez could not; or they do not want to do it until the time comes when they really want to go. These people have a right to be heard and to have their wishes respected. We cannot see that that is so strange.

The Chairman: Senator Corbin, we will have to conclude this part of our interview because our next witnesses have a plane to catch.

[Translation]

M. Rosenbaum: Nous sommes conscients de ce genre de difficulté. Nous insistons pour dire que cela doit être juste et équitable pour tout le monde et que le soignant doit agir selon son opinion.

Le sénateur Corbin: Parlons plutôt d'éthique professionnelle.

M. Rosenbaum: Oui, mais l'éthique professionnelle a trop souvent tendance à mettre l'accent sur l'opinion du soignant quand on devrait plutôt porter attention aux désirs du patient. Très souvent dans le passé, on n'a nullement tenu compte des désirs du patient. Les choses semblent changer, mais on a encore du chemin à faire.

Nous tenons à dire clairement que nous ne souhaitons pas que ce travailleur de la santé soit obligé de donner de l'aide. Mais pour être équitable, il faut comprendre que ce soignant a le devoir d'écouter le patient et de lui dire: «Je ne crois pas à ce que vous demandez, mais nous savons que si vous allez à tel endroit, vous allez trouver quelqu'un qui va vous écouter.» Voilà, telle est notre position.

Le sénateur Corbin: Pensez-vous vraiment qu'une personne qui ne croit pas au recours à l'euthanasie ou au suicide assisté a le devoir de trouver quelqu'un qui va répondre aux besoins du mourant?

M. Rosenbaum: Un renvoi, ce n'est qu'une tentative. Ce ne sera peut-être pas possible. Autrement dit, il se peut qu'on ne trouve personne. On ne peut obliger quelqu'un à faire quelque chose qu'il n'est pas autorisé à faire.

Le sénateur Corbin: Mais vous dites effectivement que le soignant est tenu de renvoyer son patient à quelqu'un d'autre.

M. Rosenbaum: Oui.

Le sénateur Corbin: C'est ouvrir là toute une boîte de Pandore. Je ne crois pas qu'une telle mesure serait productive pour la société canadienne en soi.

À votre avis, la situation est-elle aujourd'hui à ce point difficile qu'il faille vraiment aller aussi loin?

M. Rosenbaum: Oui.

Le sénateur Corbin: Vraiment?

Mme McMurrin: Actuellement, il y a des gens qui meurent, parfois dans la souffrance et la douleur, parfois plus paisiblement, dans l'indignité et la dépendance totale. Ils ne sont pas capables de mourir quand c'est la seule chose qu'ils souhaitent le plus au monde. On les garde en vie contre leur volonté sous une forme ou sous une autre, soit qu'on les branche à des machines, qu'on les envoie aux unités de soins palliatifs, peu importe, parce qu'il est illégal pour quiconque de les aider. Les malades ne peuvent s'euthanasier eux-mêmes, comme c'était le cas de Sue Rodriguez, ou encore ils ne veulent pas le faire tant qu'ils n'auront pas décidé que le temps est vraiment venu de le faire. Ces gens ont le droit d'être entendus et de faire respecter leurs désirs. À notre avis, ce n'est là rien de si étrange.

La présidente: Sénateur Corbin, nous allons devoir conclure cette partie de notre entrevue parce que nos prochains témoins doivent prendre un avion.

[Text]

Senator Beaudoin: Could I ask one question? Are you in agreement with the minority in the Sue Rodriguez case?

Ms McMurran: With the minority?

Senator Beaudoin: Yes, with the four judges in the Sue Rodriguez case.

Ms McMurran: Yes.

Senator Beaudoin: And you agree with the motives that they have elaborated in their judgment?

Ms McMurran: Yes.

The Chairman: Thank you very much. I am sorry that we kept you waiting and had to bring you back tonight. We appreciate your attendance here.

Ms McMurran: Thank you for listening to us.

Mr. Rosenbaum: Thank you for inviting us.

The Chairman: Our next witnesses are Mrs. June Scandiffo and Dr. Michael Berry from the Right to Life Association of Toronto; and Jakki Jeffs from the Alliance for Life, also from Toronto. They will present separate briefs to us, and we will then have an opportunity to question them. They will have to leave here in approximately one hour at the latest in order to catch their plane.

Again, Mrs. Scandiffo, I am sorry that we kept you and your colleagues waiting today, but we are happy to have you here.

Ms June Scandiffo, Right to Life Association of Toronto: I am the president of the Toronto and Area Right to Life Association. We are an educational pro-life group, non-denominational — a charity organization that for the past 21 years has been interested in human rights and civil rights and has had a great deal of interest over the years in the development of the debate surrounding euthanasia-assisted suicide and other life and death issues.

I hope each of you has a copy of the brief that we submitted. However, I will not go through it with you. Obviously it would take too long and would be redundant when you already have it.

I should like to bring to your attention two relatively new events of which you may or may not be aware. A press release was issued on May 26 by the New York State Task Force on Life and Law. Unanimously, after studying the issue very carefully, the task force found that it would be impossible to allow doctor-assisted suicide, even with guidelines, without presenting danger that would be far too serious to allow in a democratic society.

In addition, in the past few months the House of Lords in the United Kingdom, after an extensive two-year study similar to your task force here of the issue from all angles, came to the same conclusion, namely that guidelines are almost impossible to set. Part of this came from their study of what is currently occurring in

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Pourrais-je poser une question? Est-ce que vous êtes d'accord avec les juges minoritaires dans l'affaire Sue Rodriguez?

Mme McMurran: Les juges minoritaires?

Le sénateur Beaudoin: Oui, les quatre juges dans l'affaire Sue Rodriguez.

Mme McMurran: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Et vous acceptez les motifs qu'ils ont donnés dans leur jugement?

Mme McMurran: Oui.

La présidente: Merci beaucoup. Je suis désolée de vous avoir fait attendre et d'avoir dû vous ramener ce soir. Nous apprécions beaucoup votre présence.

Mme McMurran: Merci de nous avoir écoutés.

M. Rosenbaum: Merci de nous avoir invités.

La présidente: Nos prochains témoins sont Mme June Scandiffo et le docteur Michael Berry de la *Right to Life Association* de Toronto, de même que Mme Jakki Jeffs de l'*Alliance pour la vie*, également de Toronto. Ces dames et ce monsieur vont nous présenter chacun leur mémoire, après quoi nous pourrions leur poser des questions. Ils doivent quitter dans environ une heure au plus tard afin de prendre leur avion.

Je vous répète, madame Scandiffo, je suis désolée de vous avoir fait attendre ainsi que vos collègues, mais nous sommes heureux de vous avoir avec nous.

Mme June Scandiffo, Right to Life Association de Toronto: Je suis présidente de la *Right to Life Association* de Toronto et de la région. Nous sommes un groupe pro-vie non confessionnel, éducatif, un organisme de charité qui s'intéresse depuis 21 ans aux droits humains et civils; en outre, au cours des années, nous avons participé grandement au débat sur l'euthanasie et le suicide assisté de même qu'à la discussion d'autres questions concernant la vie et la mort.

J'espère qu'on vous a remis à chacun un exemplaire du mémoire que nous avons présenté. Cependant, je ne vais pas le reprendre avec vous. De toute évidence, cela prendrait trop de temps et serait redondant si vous en avez déjà pris connaissance.

J'aimerais toutefois porter à votre attention deux événements relativement nouveaux dont vous êtes peut-être au courant. Le 26 mai, le Groupe de travail sur la vie et le droit de l'État de New York a publié un communiqué dans lequel tous ses membres ont reconnu à l'unanimité, après avoir examiné la question très soigneusement, qu'il était impossible de permettre le suicide assisté par un médecin, même en établissant des lignes directrices, sans que cette mesure ne présente de dangers qui seraient beaucoup trop graves pour qu'elle soit acceptée dans une société démocratique.

En outre, au cours des derniers mois, la Chambre des Lords du Royaume-Uni, après avoir effectué une étude détaillée pendant deux ans, semblable à celle que vous faites, en est venue à la même conclusion, à savoir qu'il est presque impossible d'établir des lignes directrices. Sa conclusion est tirée en partie des

[Texte]

Holland. I have some information in my brief in terms of statistics.

This evening I should like to spend a few minutes on my presentation and then Dr. Berry will give his presentation. First, I should like to address some of the things that came up this afternoon as we were sitting here listening to the proceedings.

It strikes me that perhaps we are talking at cross purposes at times. For any physician to stop useless, burdensome treatment is not considered euthanasia; it is considered appropriate medical care. For a doctor to stop giving intravenous feedings or other forms — what is called artificial hydration and nutrition — for a dying patient who is incapable of absorbing and utilizing these fluids without discomfort, or if it is just prolonging the dying, that is not considered to be euthanasia. We are not vitalists and people who say that absolutely everything must be done to prolong the dying process.

Our concern, however, when it comes to things like artificial hydration and nutrition, is not with the dying patient. The problem occurs when we are talking about comatose patients and people who have a prognosis for a long life expectancy if they are fed and cared for. We consider things such as bathing the patient, keeping the patient clean and warm, and giving the patient the basics of life such as food and water — when we call it nutrition or hydration, somehow it makes it bit more abstract and technical — to be normal care. We would be opposed to terminating the feeding of a person who is incapable of speaking for themselves.

I did not intend to talk about living wills, but that is one of our concerns. Living wills can be good or indifferent, but they are not always neutral. As was mentioned earlier, sometimes the wording has been far too vague. Whether you call them advance directives or living wills, they are ridden with all kinds of problems. Even if our intention is good, we always open up another set of concerns.

Dr. Fred Lowy, who is a psychiatrist and is the head of the ethics committee at the University of Toronto, and Dr. Peter Singer are currently trying to put together what they think is a foolproof living will. It opens up into a piece of paper that is like a map with about 15 headings across the top and down the side. I defy most of us who do not have a medical background to know which ones to tick off. They understand the complications and that to give a blanket "okay" is not always so simple and direct.

When living wills were first discussed publicly in the seventies, Dr. McMurtry, who was the head of the Sunnybrook trauma unit in Toronto voiced great concern about doctors in the emergency department? We are presuming that living wills are for people who know they have a long-term illness, but what effect would this have on the doctor in an emergency unit? Is he to search through the person's pockets or purse before he decides whether or not he should take certain action in an emergency situation? Are doctors overtreating or undertreating currently? What is the

[Translation]

données provenant de son étude de la situation actuelle en Hollande. Vous trouverez dans mon mémoire des statistiques en ce sens.

Ce soir, j'aimerais prendre quelques minutes pour faire mon exposé, après quoi je céderai la parole au docteur Berry. D'abord, j'aimerais aborder certaines des choses qui ont été soulevées cet après-midi.

Je suis étonnée de voir qu'à certains égards nos propos et nos idées se croisent peut-être. Un médecin qui cesse d'administrer un traitement inutile et douloureux n'est pas considéré comme quelqu'un qui pratique l'euthanasie, mais bien comme quelqu'un qui donne des soins médicaux appropriés. Le médecin qui cesse de nourrir un patient par intraveineuse ou autrement, ce que l'on appelle l'hydratation et la nutrition artificielles données à un mourant qui est incapable d'absorber et d'utiliser ces liquides sans inconfort, ou qui ne font que prolonger la vie de ce mourant, cela n'est pas considéré comme de l'euthanasie. Nous ne sommes pas des vitalistes et nous ne prétendons pas que tout doit être absolument mis en oeuvre pour prolonger le processus de la mort.

Cependant, lorsqu'il s'agit de choses comme l'hydratation et la nutrition artificielles, ce n'est pas le mourant qui nous préoccupe. Le problème se pose lorsqu'il s'agit de patients comateux et de personnes à qui on prédit une longue vie si on les nourrit et on en prend soin. À notre avis, donner le bain à un patient, le garder propre et au chaud, lui donner les soins de base comme la nourriture et l'eau — on parle de nutrition et d'hydratation, cela fait un peu plus abstrait ou technique — ce sont des soins de base. Nous sommes opposés à ce qu'on cesse de nourrir une personne qui est incapable de prendre ses propres décisions.

Je n'avais pas l'intention de parler du testament biologique, mais c'est là aussi une de nos préoccupations. Le testament biologique peut être une bonne chose ou une chose qui laisse indifférent, mais il n'est jamais neutre. Comme on l'a dit tout à l'heure, parfois le libellé est beaucoup trop vague. Que l'on parle de directives préalables ou de testament biologique, ces deux mesures comportent toutes divers problèmes. Même si l'intention est bonne, on aboutit toujours à une autre série de préoccupations.

Le docteur Fred Lowy, psychiatre et chef du comité d'éthique à l'Université de Toronto, et le docteur Peter Singer sont actuellement à mettre au point ce qu'ils estiment être un testament biologique à toute épreuve. Il s'agit d'un document qui ressemble à un plan comprenant 15 rubriques en haut et sur les côtés. Je défie la plupart d'entre vous qui n'avez pas de connaissances médicales de savoir quelles cases cocher. Ils comprennent les complications et ils savent que de donner «carte blanche» n'est pas toujours aussi simple et direct.

Lorsqu'on a commencé à discuter publiquement du testament biologique dans les années 1970, le docteur McMurtry, qui était chef de l'unité de traumatismes à l'hôpital Sunnybrook de Toronto, s'est dit très inquiet au sujet des médecins à l'urgence. Nous supposons que le testament biologique est fait pour des gens qui se savent atteints d'une longue maladie, mais quelles répercussions cela a-t-il sur le médecin dans la salle d'urgence? Est-ce qu'il va regarder dans les poches ou dans le sac à main de la personne avant de décider quelles mesures il doit prendre dans

[Text]

problem? In other words, why are we asking for this? His concern was whether, as a physician, if he did not find a card, he was then compelled to aggressively overtreat for fear of legal consequences.

He certainly was not a pro-life advocate; he was just talking about common sense, what would happen in the emergency room, and so on. To say that it is a simple document that will solve all kinds of problems will open up other problems that we have to address.

Currently in the United States all people who enter a federally-funded health care facility, be it a hospital, health care facility, or whatever, are made aware of a living will, advance directive, or some kind of form like this. It is made available to them to sign. Those of us who have ever been admitted to hospital will be able to appreciate the concern involved when you are given a sheaf of papers to sign upon entering the hospital. Does the chronic care patient or the elderly patient who is handed these papers read through these papers and, if so, do they understand what they are signing?

The two parties in the United States agreed to this particular piece of legislation which said that each health care facility should offer this, and they made no bones about the reason: Health cost restraints. Does the patient understand? What does it mean when I say, "I refuse treatment. I refuse care?"

Another area of concern is the wording, as was mentioned earlier. We could talk about this for hours, but I will point out one phrase, "when death is imminent." If I asked each person in this room tonight to define "imminent," we would get slightly varied definitions, but most of us would say "within a relatively short time". In the United States, depending upon which jurisdiction adjudicated upon the word "imminent," it went anywhere from 48 hours to one calendar year. I do not know about you, but I do not consider one calendar year to be imminent. These are the kinds of problem that have crept in with that.

The other thing is the language that is being used. As an English teacher, I find it interesting. We should listen to Orwell's warning that, before we change ideas, we change language. There is also the use of the term PVS, Persistent Vegetative State, referring to patients who really are in some state of coma where they have waking and sleeping moments and their eyes contract. We have this idea of a general dehumanization when we refer to them as being "vegetative".

One of the phrases coined by Daniel Callahan, an eminent ethicist, is interesting. He refers now to the "biologically tenacious", meaning that, unfortunately, your heart and lungs are still going and you might be pleasantly senile.

[Traduction]

une situation d'urgence? Les médecins, actuellement, donnent-ils trop de traitements ou pas assez? Quel est le problème? Autrement dit, pourquoi demande-t-on cela? Ce qui le préoccupait, en tant que médecin, c'est que s'il ne trouvait pas de carte sur la personne, il était alors tenu de donner un «surtraitement» de peur d'être poursuivi par la suite.

Il n'était certainement pas un tenant du mouvement pro-vie; il faisait simplement appel au bon sens, se demandant ce qui se produirait dans la salle d'urgence et ainsi de suite. Dire que le testament biologique est un simple document qui va résoudre tous les types de problèmes amène d'autres problèmes dont nous devons nous occuper.

Actuellement, aux États-Unis, quiconque entre dans un établissement de santé fédéral, que ce soit un hôpital, une maison de santé ou quoi que ce soit, est informé du testament biologique, des directives préalables ou de documents de ce genre. Le document est remis aux personnes qui peuvent le signer. Ceux qui sont déjà allés à l'hôpital sont en mesure de comprendre comment on se sent lorsqu'on nous remet un tas de papiers à signer au moment de notre admission. Le malade chronique ou le malade âgé à qui on remet ces papiers, est-ce qu'il les lit et comprend ce qu'il signe?

Les deux partis politiques aux États-Unis se sont entendus sur cette loi précise qui prévoit que chaque établissement de santé doit proposer ces documents, et aucun d'entre eux ne s'est caché du motif de son action: restreindre les coûts de santé. Est-ce que le patient comprend? Qu'est-ce que cela implique quand on refuse tout traitement, quand on refuse des soins?

Une autre préoccupation, comme on l'a dit antérieurement, c'est le libellé du testament. On pourrait en parler pendant des heures, mais je vais seulement relever un bout de phrase où on dit «lorsque la mort est imminente.» Si je demandais à chaque personne ici ce soir de définir le terme «imminent», on aurait des définitions légèrement différentes, mais la plupart d'entre nous dirions que cela signifie «dans un laps de temps relativement court». Aux États-Unis, selon l'État qui a défini le terme, on peut vouloir dire autant 48 heures qu'une année civile. Je ne sais pas ce qui en est de votre côté, mais je ne considère pas qu'une année civile est une période imminente. Voilà le genre de problème auquel on a abouti avec cela.

L'autre chose, c'est le langage utilisé. En tant que professeur d'anglais, je trouve cela intéressant. Nous devrions tenir compte de l'avertissement d'Orwell qui disait qu'avant de changer d'idée nous devrions changer de langage. On utilise également l'expression «état végétatif persistant» pour parler de patients qui sont vraiment dans un état comateux, qui s'éveillent et s'endorment et dont les yeux se contractent. Quand on dit qu'ils sont dans un état «végétatif», cela nous donne une idée de déshumanisation générale.

L'une des phrases utilisées par Daniel Callahan, éthicien éminent, est intéressante. Il parle maintenant des «personnes biologiquement tenaces», laissant entendre là, malheureusement, que le cœur et les poumons sont toujours actifs et que l'on peut être agréablement sénile.

[Texte]

Our concern in the pro-life movement in particular is for the vulnerable — that is, those who cannot speak for themselves.

Earlier it was mentioned, although I cannot remember by whom, I suppose by the nurses, the business of what was going on with the euthanasia program under the Nazis. I believe the gentleman from Choice in Dying said that he equated this with totalitarianism.

That is not the point. The point is that, unless we learn from history, we will repeat history. In fact, the euthanasia program began in the 1920s, well before Hitler came into power. It was proposed by academics; its supporters were jurists and some psychiatrists. It was not the brainchild of some demented totalitarian dictator but, in fact, that of the academics, the elite in society. The whole idea was that if we had a group which we considered less valuable, or perhaps it was not cost-efficient to look after them, with our rising health care costs, then we have to really be very careful of what we legislate.

We had the former head of the PC party in British Columbia state, back in the 1980s, that we should have an exit pill; that people over 65 are costing us too much. When you look at the situation from a strictly pragmatic dollar-and-cents point of view, the idea of the voluntariness, which of course has been the thrust of all of this, we soon see that very quickly erodes.

This afternoon we heard that palliative care would be too costly for us. What, then, has happened to voluntariness? The whole idea is that it has already crept into our discussion because we are burdened financially in our province right now. I think we cannot say, "We will not let that happen." It is a real possibility.

One last thing and then I will turn the floor over to Dr. Berry. One of the earlier speakers said that Hippocrates and the Hippocratic oath was irrelevant in our society today. I find it interesting that people who want to stigmatize and label pro-life people as all right wing, religious fanatics who are knee-jerk reacting and non-thinking. I do not think Hippocrates could be classified as either simple minded or a religious fanatic.

The dilemma of the doctor's role, the dilemma of who decides when a person dies, is not new. Hippocrates and the people who followed him — it was not he himself who formulated the wording, but it was a group which followed him — were reacting because his culture accepted assisted suicide, accepted euthanasia, and the patient never knew whether the doctor was coming to kill or to cure. It was Hippocrates' genius to separate those two things, or at least the ethic that arose from that situation.

You will notice in my brief that I do not refer to sanctity of life. Somehow, sanctity of life, which began as a non-religious concept, now is being labelled as some kind of religious thing. I refer to the innate value of each human being. To me, they are the

[Translation]

Ce qui nous préoccupe nous, au mouvement pro-vie, c'est plus particulièrement les personnes vulnérables, c'est-à-dire celles qui ne peuvent s'exprimer.

On a parlé plus tôt, je ne me souviens pas qui l'a fait, je suppose les infirmières, de ce qui se passait dans le cadre du programme d'euthanasie des Nazis. Je crois que le représentant de *Choice in Dying* a dit que pour lui, c'était du totalitarisme.

Là n'est pas la question. La question est que, à moins de tirer une leçon de l'histoire, on va la répéter. En fait, le programme d'euthanasie a commencé dans les années 1920, bien avant qu'Hitler n'accède au pouvoir. Ce programme a été proposé par des universitaires; ses tenants étaient des juristes et des psychiatres. Ce programme n'avait pas été conçu par un dictateur totalitaire dément, mais en fait, par des universitaires, l'élite de la société. L'idée était que si un groupe était considéré comme étant moins valable, ou peut-être qu'il n'était pas rentable de s'en occuper, compte tenu des coûts sans cesse croissants en matière de santé, il fallait alors être très prudent dans les lois adoptées.

Durant les années 1980, l'ancien chef du Parti conservateur de la Colombie-Britannique a déclaré que nous devrions avoir une pilule de la mort, que les gens de plus de 65 ans nous coûtaient trop cher. Si on examine la situation d'un point de vue strictement pragmatique et économique, l'idée de l'euthanasie volontaire qui, bien sûr, est l'idée maîtresse de tout cela, très vite ne tient plus.

Cet après-midi, on a dit que les soins palliatifs seraient trop chers pour nous. Qu'est-ce qu'on fait du bénévolat alors? Toute cette question fait maintenant partie de la discussion parce que notre province est aux prises avec un lourd fardeau financier. À mon avis, nous ne pouvons pas dire que nous ne permettrons pas que cela se produise. La possibilité est réelle.

Une dernière chose, après quoi je cède la parole au docteur Berry. L'un des intervenants précédents a dit qu'Hippocrate et le serment d'Hippocrate n'avaient plus leur place dans notre société aujourd'hui. Je trouve cela intéressant de voir de tels gens qui veulent stigmatiser et étiqueter les représentants du mouvement pro-vie comme étant des représentants de la droite, des fanatiques religieux qui sont des réactionnaires et des irréfléchis. Je ne crois pas qu'Hippocrate pourrait être qualifié de simple d'esprit ou de fanatique religieux.

Le dilemme du rôle du médecin, le dilemme de celui qui décide quand une personne doit mourir, n'est pas nouveau. Hippocrate et ses disciples — ce n'est pas lui qui a rédigé le serment, mais un groupe d'adeptes — ont réagi parce que dans leur culture, on acceptait le suicide, on acceptait l'euthanasie et le patient ne savait jamais si le médecin allait venir le voir pour le tuer ou pour le guérir. C'est grâce au génie d'Hippocrate qu'on a réussi à faire la distinction entre les deux choses, ou à tout le moins adopter l'éthique qui a découlé de cette situation.

Vous remarquerez que je ne parle pas du caractère sacré de la vie dans mon mémoire. Pourtant, ce caractère sacré de la vie, qui a d'abord été un concept non religieux, est aujourd'hui considéré comme une espèce de notion religieuse. Je parle de la valeur

[Text]

same thing. They are synonymous. The idea is that the state should not engage in the killing of innocent human beings.

I will end by giving you the last quote from my brief, which I think says it all very succinctly.

It was Hippocrates' genius to realize that if medicine is to avoid playing the role of society's executioner, it must renounce killing utterly and without exception. The fatal error of German medicine... was to think that it could accept a little killing (at its own initiative, under its own authority and control) and not be forced, inexorably, to accept more and more killing at someone else's initiative and under the state's authority.

With that, I will yield the floor to Dr. Berry.

Dr. Michael Berry, Right to Life Association of Toronto: Honourable senators, I should like to thank you very much for affording me the privilege of speaking today. I will not speak long because I think Ms Scandiffo has looked at my brief here.

I find it rather sad that you people have to meet here at the seat of government, discussing the need to end the lives of certain people. It could be, and in fact, it was predicted that the anti-life mentality liberated by abortion resulted in the acceptance of the termination of certain lives deemed to be devoid of value. As June said, if you do not read and learn from history, you are destined to relive it.

In the 1930s and 1940s, the anti-life mentality led to disastrous consequences. At the present time we have the Netherlands experience to study very carefully. I think it is very important to look at the studies of that particular program. Havoc can be wrought in any country, and the country does not have to be totalitarian.

There are two basic myths surrounding euthanasia, from my experience in medicine. The first is that thousands of people out there are wanting to be killed because they suffer from terrible pain and suffering. Two, it is already common practice by many physicians to euthanise patients. This has not been my experience in 25 years in psychiatry, and prior to that in three years in general practice, and throughout my experience in residency.

I do not believe the population I see is the initial target of the pro-euthanasia group. I see people daily who want to die and, in fact, people who have made very serious attempts to die. These people are treated, and many of them return to a positive outlook and a productive life again. That is not to say that their depressions and their feelings of suicidal ideation do not come back. However, medicine has made great strides in treating these people. I do not have to tell you about the number of articles on the new "wonder drugs", or the not-so-wonderous drugs such as Prozac which appear regularly in the newspaper.

[Traduction]

innée de chaque être humain. Pour moi, c'est la même chose. Ce sont des synonymes. L'idée est que l'État ne devrait pas s'engager dans l'assassinat d'êtres humains innocents.

Je vais terminer en vous citant la dernière phrase de mon mémoire, qui, je pense, résume tout cela de façon très succincte.

C'est grâce au génie d'Hippocrate qu'on s'est rendu compte que si la médecine veut éviter de jouer le rôle d'exécuteur de la société, elle doit renoncer à tuer sans exception. L'erreur fatale de la médecine allemande... a été de croire qu'elle pouvait accepter quelques assassinats (de son propre chef, sous son autorité et son contrôle) sans être inexorablement forcée d'accepter des assassinats de plus en plus nombreux demandés par quelqu'un d'autre et effectués sous l'autorité de l'État.

Cela dit, je cède la parole au docteur Berry.

Dr Michael Berry, Right to Life Association de Toronto: Honorables sénateurs, je vous remercie beaucoup de m'accorder le privilège de m'adresser à vous. Je ne vais pas être long parce que je crois que Mme Scandiffo a déjà consulté mon mémoire.

Je trouve plutôt triste de voir que vous soyez tenus de vous réunir ici, au siège du gouvernement, pour discuter de la nécessité de mettre un terme à la vie de certaines personnes. On aurait pu prédire, et en fait c'est ce qui s'est passé, que la mentalité anti-vie provoquée par l'avortement allait faire en sorte que l'on accepte de mettre un terme à certaines vies considérées comme dénuées de valeur. Comme Mme Scandiffo l'a dit, si l'on ne tire aucune leçon de l'histoire, on est destiné à la revivre.

Dans les années 1930 et 1940, la mentalité anti-vie a eu des conséquences désastreuses. Actuellement, il nous faut étudier très soigneusement l'expérience des Pays-Bas. Je crois qu'il est très important d'examiner les études menées dans le cadre de ce programme précis. Un pays peut être complètement bouleversé sans être totalitaire.

Il y a deux mythes fondamentaux qui entourent l'euthanasie, d'après mon expérience en médecine. Le premier est que des milliers de gens veulent être tués parce qu'ils endurent des douleurs terribles et qu'ils souffrent, le deuxième, que beaucoup de médecins pratiquent couramment l'euthanasie sur leurs patients. Je ne peux pas dire que j'ai été témoin de cela en 25 ans d'expérience en psychiatrie, et 3 ans avant en pratique générale et durant mon expérience de résident.

À mon avis, les gens que je vois ne sont pas la cible première du groupe pro-euthanasie. Je vois tous les jours des gens qui veulent mourir et en fait, des gens qui ont pris des mesures très importantes pour arriver à leurs fins. Ces gens-là sont traités, et beaucoup d'entre eux reviennent à une situation positive et sont en mesure de mener une vie productive. Cela ne veut pas dire que leur dépression et leurs sentiments suicidaires ne reviennent pas. Cependant, la médecine a fait d'énormes progrès dans le traitement de ces personnes. Inutile de vous parler du nombre d'articles qui sont publiés sur les nouvelles «drogues merveille», ou les drogues moins merveilleuses comme le Prozac, qui paraissent régulièrement dans les journaux.

[Texte]

It was mentioned by the previous group that suicide should be allowed, I guess, to these people. In fact, it was allowed to these people under the German regime, and under certain regimes all over the world, prior to the advance of the German program. It was also allowed in the Netherlands.

There was a case in the Netherlands where a girl with anorexia nervosa was euthanised. Of all the cases of anorexia nervosa that I have seen, I have never seen one who wished to die. Well, there was one; she was depressed and responded to taking anti-depressants. Anorexic patients do not want to die, by definition. They just do not want to eat. That is like saying that someone is killing himself or herself through alcoholism because they have haematemesis, cirrhosis of the liver and portal hypertension, and that every time they take a drink, they want to kill themselves. That is not understanding their problem. Their problem is they want to drink, and they cannot stop drinking. They do not want to die.

My experience in dealing with people who are dying, and I have had much experience with that in palliative care and personally, and certainly in practice, I rarely see people who want to die, even though they are dying. They want to live.

I have a relative who died of AIDS. I was at Casey House, a palliative care unit in Toronto, many times with my wife. No one there ever mentioned dying.

There was a serial article in a Toronto newspaper about a British actor dying of AIDS. He kept a diary up until the day he died. Two days before he died, his diary read:

I have belonged to Exit and the Hemlock Society in all my adult years, and not once did I ever think of wanting to kill myself. I wanted to live.

If you know the AIDS population, these people are crying out for new methods of treatment for themselves. They will often take medications, bring them into this country sometimes illicitly to take them because they want to live, even though these medications may be somewhat dangerous to them.

It is my experience that people, when they are dying, want to live. It is also my experience that people whom I see who want to die are depressed, and need treatment.

There are certain situations sometimes when people are dying where the family somewhat abandons them, or the feeling of family is such, transferred to the patient, that they would like to see that person die; that they would be better off dead. These people are hard to treat. I have seen a few of them, not many, where you are endeared to your family only by accepting death and wanting to die. These situations are difficult. However, they can be helped if the family can be helped.

Medicine is to heal. It cannot kill. Hippocrates, as Mrs. Scandiffo mentioned, saw through that as doctors did after the Second World War for some time.

[Translation]

Le groupe précédent a dit que le suicide devrait être permis, je pense, pour ces gens. En fait, on permettait le suicide pour ces gens sous le régime allemand et sous certains régimes partout dans le monde, avant la mise en place du programme allemand. On le permettait aussi dans les Pays-Bas.

Il y a un cas au Pays-Bas où une fille qui souffrait d'anorexie a été euthanasiée. De tous les cas d'anorexie que j'ai traités, je n'ai jamais vu personne qui souhaitait mourir. Oui, il y en avait une, elle était déprimée et prenait des antidépresseurs. Les patients anorexiques ne veulent pas mourir, par définition, ils ne veulent tout simplement pas manger. C'est comme dire que quelqu'un se tue en prenant de l'alcool parce qu'il a de l'hématémèse, une cirrhose du foie et de l'hypertension, et que chaque fois que cette personne prend un verre, elle veut se tuer. Ce n'est pas comprendre le problème de ces gens. Leur problème, c'est qu'ils veulent boire et qu'ils ne peuvent arrêter de boire. Ils ne veulent pas mourir.

D'après mon expérience avec les mourants, et j'ai une bonne expérience dans le domaine des soins palliatifs, dans ma vie personnelle et dans ma pratique, je vois rarement des gens qui veulent mourir même s'ils sont en train de mourir. Ils veulent vivre.

J'ai un parent qui est mort du sida. Je suis allé à *Casey House*, qui est un centre d'accueil à Toronto, très souvent avec ma femme. Personne là ne parlait de mourir.

On a publié une série d'articles dans un journal de Toronto au sujet d'un acteur britannique qui était en train de mourir du sida. Il a tenu son journal jusqu'à la fin. Deux jours avant de mourir, il a écrit ceci:

J'ai fait partie du groupe *Exit* et de la *Hemlock Society* durant toutes mes années de vie adulte, et jamais je n'ai pensé à me tuer. Je voulais vivre.

Si vous connaissez les gens qui sont atteints de sida, ils réclament de nouvelles méthodes de traitement. Ils vont souvent ramener des médicaments au Canada, parfois de façon illicite, parce qu'ils veulent les prendre et vivre, même si ces médicaments sont peut-être dangereux pour eux.

Je sais par expérience que les gens, lorsqu'ils sont mourants, veulent vivre; je sais aussi que les gens que je vois qui veulent mourir sont déprimés et ont besoin d'être traités.

Parfois, le mourant est abandonné par sa famille ou on lui fait sentir qu'on préférerait qu'il meure. Ces gens sont difficiles à traiter. J'en ai vu quelques-uns, pas beaucoup, qui trouvaient de la valeur aux yeux de leur famille seulement s'ils acceptaient de mourir et de vouloir mourir. Ces situations sont difficiles. Cependant, on peut les aider si on peut aider la famille.

La médecine est là pour guérir. Elle ne peut pas tuer. Hippocrate, comme l'a dit Mme Scandiffo, a veillé à faire respecter ce principe, tout comme l'ont fait les médecins après la Seconde guerre mondiale.

[Text]

Euthanasia kills. It cannot be controlled. To reference the Netherlands project, 43 per cent of the deaths are unsolicited by the patient.

My experience is that it is we who see people suffering and feel they are better off dead. It is we who sort of encourage them to die. They want to live. To steal an idiom from the disabled, it is we who are the problem, not the patient who wants to live, even though they are dying.

Again the economics. I can never understand the economics of these issues. If you read the literature, and not just the German literature but the literature in England and in the United States, prior to the Second World War, in the late 1920s and '30s, even before the Third Reich came to power, they were always talking about the cost of the aged and the cost of the idiots and the useless people — that is how they were described — and how the government could not afford to keep these people; that they would have to ration care; that it was better that these people who were useless should die.

Comes the war. There are casualties that are insurmountable, and everyone was treated. Where did we get the help for all these people? When the need is there, we can find the resources to do it.

I am sorry that Dr. Keon is not here. I am a great admirer of his. I have never met him, but his role in surgery is certainly to treat the extra-extraordinary type of patient. The cost of his caring is very expensive, and it does benefit just a small segment of the population for that treatment. How much good could some of that money do if used for palliative care? That is not to say that his research and the help he gives these people will not be used for medicine in the future. One has to look at all aspects of medicine, and certainly palliative care, as previously mentioned by the nurses today, is very inexpensive.

The true progress of a society is measured in the way it treats its most vulnerable. Thank you very much.

Ms Jakki Jeffs, Alliance for Life: My name is Jakki Jeffs. I am executive director of Alliance for Life Ontario. We represent 74 educational pro-life groups with approximately 50,000 members in Ontario.

You have my brief. It is in the form of this booklet. I have also included, from the Task Force on Law and Life, the press release of their decision that Mrs. Scandiffo mentioned previously to you.

I have given an overview of our concerns specifically with regard to euthanasia, looking at the Nazi experiment, looking at the German euthanasia program and, more recently, the program in Holland. I would like to focus my comments today. I have many more questions. The presentation will be a whole question period around assisted suicide.

[Traduction]

L'euthanasie tue. Elle ne peut être contrôlée. En ce qui a trait au projet des Pays-Bas, dans 43 p. 100 des cas, le patient ne demande pas à mourir.

D'après mon expérience, c'est nous qui voyons les gens souffrir et estimons qu'ils seraient mieux morts. C'est nous qui, en quelque sorte, les encourageons à mourir. Ils veulent vivre. Comme le disent si bien les personnes handicapées, c'est nous qui sommes le problème, non pas le patient qui veut vivre, même s'il meurt.

On revient encore à la question d'argent. Je ne comprends pas les ramifications économiques de ces problèmes. Si vous lisez ce qui a été écrit, non pas seulement en Allemagne, mais en Angleterre et aux États-Unis, avant la Seconde guerre mondiale, à la fin des années 1920 et 1930, avant même le Troisième Reich, on parlait toujours du coût des personnes âgées, du coût des idiots et des personnes inutiles — c'est comme ça qu'on les appelait — et on disait que le gouvernement ne pouvait pas se permettre de garder ces gens, qu'il fallait rationaliser les soins, qu'il était préférable que ces gens inutiles meurent.

La guerre éclate. Des blessés en nombre incalculable, et tout le monde a été traité. Où a-t-on trouvé l'aide pour tous ces gens? Quand le besoin est là, on peut trouver les ressources pour y répondre.

Je suis désolé que le docteur Keon ne soit pas là. J'admire beaucoup son travail. Je ne l'ai jamais rencontré, mais son travail de chirurgien consiste certainement à traiter des cas extraordinaires. Ses soins coûtent très cher et ne profitent qu'à une petite partie de la population. Si on utilisait une certaine partie de l'argent pour les soins palliatifs, quel bien ferait-on avec cet argent? Cela ne veut pas dire que sa recherche et l'aide qu'il donne à ces gens ne seront pas utilisées pour la médecine de demain. Il faut prendre en compte tous les aspects de la médecine, et c'est un fait que les soins palliatifs, comme l'ont dit les infirmières aujourd'hui, ça ne coûte pas cher.

Les véritables progrès d'une société sont mesurés à la façon dont elle traite ses membres les plus vulnérables. Je vous remercie beaucoup.

Mme Jakki Jeffs, Alliance pour la vie: Je suis Jakki Jeffs, directrice administrative d'*Alliance pour la vie* de l'Ontario. Nous représentons 74 groupes d'action éducative pro-vie qui comptent environ 50 000 membres en Ontario.

Vous avez mon mémoire. Je l'ai présenté sous forme de brochure. J'ai aussi inclus le communiqué du Groupe de travail sur la vie et le droit ainsi que la décision dont a parlé tout à l'heure Mme Scandiffo.

J'ai passé en revue nos préoccupations, plus particulièrement celles qui concernent l'euthanasie, j'ai étudié le problème de l'expérience nazie, j'ai examiné le programme d'euthanasie de l'Allemagne et, plus récemment, le programme de la Hollande. C'est là-dessus que j'aimerais me concentrer aujourd'hui. J'ai abordé beaucoup d'autres questions. Mon témoignage consistera en une période de questions sur le suicide assisté.

[Texte]

We stand very much with Mrs. Scandiffo and the Toronto Right to Life Association on what we consider euthanasia and what we do not. Therefore, when you re-read the text, you will understand that what we believe as "euthanasia" is an action or the omission of an action which causes or hastens death. That is our definition.

We remain totally opposed to the initiative for the legalization of physician-assisted suicide. There are many arguments for that initiative, and they are presented by the proponents of the legalization of physician-assisted suicide under the banners of compassion and autonomy. Some of the questions that we have are inquiring as to whether or not it is compassionate to respond to a person's request to be killed. Is it really serving their autonomy to say, "Yes, we will allow a doctor to take your life in this or that circumstance."

The question we have is, if we legalize physician-assisted suicide, are we not accepting that there is then a right to suicide? Are we not then saying that suicide is then good? It is our understanding that suicide has been considered a call for help. If somebody were standing on the roof of this building tonight, our instinct would be to try to prevent their death.

If a person is a terminally ill patient and is requesting physician-assisted suicide why not use that same response, the response to help? Our response should be: Why are you calling for this? What are the problems in your life that are making you ask for this solution?

One of the things we are realizing is that we are changing our attitude to help when there is a cry for suicide, an attitude that has been verified and documented as the right attitude. Why not use that same attitude to help when the cry is for assisted suicide?

It is our understanding also that almost all who commit suicide have some type of mental health problem. Two studies, one from St. Louis and one from England, respectively say that 93 per cent and 94 per cent of those attempting to commit suicide suffer from some identifiable mental disorder. Surely that is where our focus should be; where our help should be, not responding to that call for suicide as such but responding to reasons for that call.

Professionals have recognized that people suffering from mental health problems cannot accurately understand and respond to their environment. Most people are ambivalent about the situation. They do not want to commit suicide but they do not know how to go on living. Almost all of those disorders are treatable, so why not treat them?

It is also noted in a couple of studies that few rescued from suicide attempts ever try again. Again, if the committee needs those studies, I would be very happy to provide them for you. That shows that, given the right help in those situations, people

[Translation]

Nous sommes tout à fait d'accord avec Mme Scandiffo et la *Right to Life Association* de Toronto sur ce que nous considérons comme étant de l'euthanasie et ce qui n'en est pas. Par conséquent, quand vous relirez le texte, vous comprendrez que ce que nous considérons comme de l'«euthanasie», c'est une action ou l'omission d'une action qui cause ou hâte la mort. Voilà comment nous définissons l'euthanasie.

Nous sommes tout à fait opposés à toute mesure visant à légaliser le suicide assisté par un médecin. Bien des arguments sont avancés en faveur de cette mesure, ils sont présentés par les tenants de la légalisation du suicide assisté par un médecin qui invoquent des motifs de compassion et d'autonomie. Certaines des questions que nous nous posons consistent à savoir si on agit de façon compatissante en répondant à la demande d'une personne qui veut être tuée. Est-ce vraiment répondre à son besoin d'autonomie de dire «oui, nous allons permettre à un médecin de vous enlever la vie dans cette circonstance»?

La question que nous nous posons tous est la suivante: si on légalise le suicide assisté par un médecin, n'acceptons-nous pas alors le droit au suicide? Ne dit-on pas alors que le suicide est une bonne chose? Nous croyons savoir que le suicide est un appel à l'aide d'une personne. Si quelqu'un était sur le toit de l'immeuble ce soir, par instinct, nous essayerions de l'empêcher de tomber et de mourir.

Si un patient en phase terminale demande le suicide assisté par un médecin, pourquoi ne pas lui donner la même réponse, la même réponse à son appel à l'aide? Nous devrions lui demander pourquoi il a besoin d'aide, quels sont les problèmes dans sa vie qui lui font préférer cette solution?

L'une des choses dont nous nous rendons compte, c'est que nous changeons notre attitude à l'égard de l'aide que nous voulons donner à quelqu'un qui veut se suicider, une attitude qui a été vérifiée et documentée comme étant la bonne. Pourquoi ne pas adopter la même attitude pour aider une personne qui réclame le suicide assisté?

On comprend également que presque toutes les personnes qui se suicident éprouvent des problèmes d'ordre mental. Deux études, une réalisée à St. Louis et l'autre en Angleterre, montrent respectivement que 93 et 94 p. 100 de ceux qui tentent de se suicider souffrent de troubles mentaux identifiables. Il ne fait aucun doute que nous devrions nous concentrer là-dessus, c'est là-dessus que nous devrions axer notre aide, non pas répondre à leur appel au suicide comme tel, mais trouver les motifs qui les incitent à le demander.

Les professionnels reconnaissent que les gens qui souffrent de problèmes d'ordre mental n'arrivent pas à comprendre leur milieu et à s'y adapter. La plupart des gens sont ambivalents à ce sujet. Ils ne veulent pas se suicider mais ils ne savent pas comment vivre. Presque tous les troubles sont traitables, alors pourquoi ne pas traiter les leurs aussi?

On a également noté dans quelques études que peu de personnes qui échappent au suicide tentent à nouveau de se suicider. Là encore si le Comité a besoin de ces études, je serai très heureuse de les lui fournir. Elles montrent que, si l'on donne

[Text]

can live. Surely we would honour their healthy autonomy more by saving them than by saying, "All right, we will let a doctor take your life if you are unable to do it yourself."

The proponents of physician-assisted suicide are forever raising before us the terminally ill patient with uncontrolled pain. We heard it again today. The information is there. If somebody is in uncontrolled pain, they should change their doctor. There is no need for it. Perhaps that is this committee's job, to make sure that doctors are educated in pain management. In one of the cases in England, a Dr. Cox killed a patient. One of the recommendations by the committee reviewing his case was that he learn about pain management. Surely that is the direction in which we should be going.

The U.S. publication, "Pain Management and Care of Terminal Patients" 1992 said, "Adequate interventions exist to control pain in 90% to 99% of patients." But we know that the current situation is that most doctors are not up-to-date on those pain management controls. The public is sorely ignorant of what is available. Dr. Kathleen Foley of the Sloan Kettering Cancer Centre in New York said:

We frequently see patients referred to our Pain Clinic who request physician-assisted suicide because of uncontrolled pain. We commonly see such ideation and requests dissolve with adequate control of pain and other symptoms, using combinations of pharmacologic, neurosurgical, anaesthetic or psychological approaches.

It is also noted that problems in other areas may prevent the physical pain from being dealt with, which is why we have this new team approach, to look after the whole person. If I am suffering from a terminal illness and my relationship with my husband, my son or another family member is not good, unless it is helped by a social worker it may be that I will not respond to the physical pain management of my pain. That multi-disciplinary team approach is now coming to the fore. Is that not what we should be promoting?

Also, I believe fear of addiction to morphine, either by the medical practitioner himself or by the patient, is another reason why morphine is not used as it ought to be. Again, research shows that .04 per cent of patients treated with morphine become addicted. Let us educate our public and our doctors to effective pain management.

What about the terminally ill? Again, it is the thin edge of the wedge. The proponents of euthanasia argue specifically that the terminally ill patient will need physician-assisted suicide. Again, going back to the request, "I want to die. I cannot kill myself; please have a doctor help me." Treatable depression, rather than

[Traduction]

l'aide appropriée dans ces situations, les gens peuvent vivre. Bien sûr, ce serait faire davantage honneur à leur autonomie en matière de santé en leur proposant cela plutôt que de leur dire ceci: «D'accord, nous allons permettre à un médecin de vous enlever la vie si vous n'êtes pas capable de le faire.»

Les tenants du suicide assisté par un médecin nous ramènent toujours l'argument du patient en phase terminale dont on ne peut pas contrôler la douleur. On en a encore entendu parler aujourd'hui. Les données sont là. Si quelqu'un souffre de douleurs qu'on n'arrive pas à contrôler, il devrait changer de médecin. Rien ne justifie une chose pareille. Peut-être le Comité a-t-il pour mandat de s'assurer que les médecins savent comment gérer la douleur. Dans un des cas en Angleterre, un certain docteur Cox a tué un patient. L'une des recommandations du comité qui a examiné sa cause était qu'il apprenne à gérer la douleur. Certes, nous devrions nous engager dans cette direction.

On a dit dans l'ouvrage publié aux États-Unis en 1992 et intitulé *Pain Management and Care of Terminal Patients* qu'une intervention adéquate existe pour contrôler la douleur dans 90 à 99 p. 100 des cas. Mais nous savons qu'actuellement la plupart des médecins ne disposent pas de données à jour sur la façon de contrôler et de gérer la douleur. Le public ne sait malheureusement pas ce qui est disponible. Le docteur Kathleen Foley du *Sloan Kettering Cancer Centre* de New York a déclaré ceci:

Il arrive souvent que des patients envoyés à notre clinique demandent le suicide assisté d'un médecin parce qu'on n'arrive pas à contrôler leur douleur. Il est très fréquent que nous voyions des cas de ce genre et que nous arrivions à les dissuader de se suicider, en contrôlant adéquatement la douleur et les autres symptômes à l'aide de combinaisons d'approches pharmacologiques, neurochirurgicales, anesthésiques ou psychologiques.

On constate aussi qu'il y a des problèmes dans d'autres secteurs qui empêchent de gérer la douleur physique, ce qui explique pourquoi nous avons cette nouvelle approche collective qui vise à s'occuper de toute la personne. Si je souffre d'une maladie terminale et que ma relation avec mon mari, mon fils ou un autre membre de ma famille n'est pas bonne, à moins qu'un travailleur social ne me vienne en aide, peut-être ne serai-je pas capable de réagir correctement aux médicaments qui me seront donnés pour contrôler ma douleur. Cette approche multidisciplinaire est de plus en plus adoptée. N'est-ce pas ce que nous devrions promouvoir?

Je pense également que la peur de l'accoutumance à la morphine, soit par le médecin, soit par le patient, est une autre des raisons pour laquelle la morphine n'est pas utilisée comme elle devrait l'être. Là encore, la recherche montre que 0,04 p. 100 des patients traités à la morphine deviennent habitués. Il faut informer la population et nos médecins pour qu'ils puissent gérer efficacement la douleur.

Mais que dire maintenant des patients en phase terminale? Là encore, on est à la limite. Les tenants de l'euthanasie soutiennent précisément que le malade en phase terminale aura besoin du suicide assisté d'un médecin. Là encore, on veut répondre à ces gens qui demandent à mourir et qui nous disent: «Je ne peux pas

[Texte]

the terminal illness itself, is what causes patients to ask to die. Should we not be looking at helping? The Task Force on Law and Life specifically noted that that one area, the treatable depression, is not being dealt with; that pain management is not as good as it should be. Let us do that. We also know that after diagnosis of terminal illness, patients go through stages. Part of it is anger, "I do not want to be here." That is a stage that can be counselled, and we believe it is a process that will be short-circuited by physician-assisted suicide.

We are concerned about the medical costs, as was raised earlier. I was horrified to hear this afternoon that we cannot afford palliative care. For a country as great as Canada, it saddens me to hear that.

Senator Corbin: Who said that?

Ms Jeffs: I heard it here this afternoon.

Senator Corbin: That is the second time I have heard that from a witness. I used that comment to provoke a reaction, and I did caution people listening that I do not hold that view. I hope that is understood. It has been heard elsewhere but I have not preferred it myself. I was loosely quoting.

Ms Jeffs: Thank you. I would simply say that we must provide palliative care. The *USA Today* report also mentioned not only the terminally ill but the elderly. Among the elderly suffering from terminal illness, of those who attempt suicide the number suffering from clinical depression reaches 90 per cent. Again, when we are listening to cries of "Kill me," are we really listening to a clear, reasoned voice? Are we listening to people who are facing situations where they need counselling and help, and need to know that we will be with them? Dr. Jack Kervorkian — and we do not agree on much, but he agrees with this — says that he considers anyone with a debilitating disease who is not depressed abnormal. My response to that is, "Okay, Jack, let us deal with the depression."

The suicide rate amongst the terminally ill is between 2 per cent and 4 per cent. Should we not read from that that competent counselling, care and appropriate medical techniques are actually coping with patients expressing a wish to die?

As to the burden, I think I have heard this more than anything else in the research that I have had to do in this area. People are afraid they will be a burden. The *Boston Globe* in 1991 did a survey asking readers whether or not they would consider some option to end their lives in certain circumstances. People responded in the affirmative, but not because of incurable pain, not because of a restricted life style, not for fear of being dependent on a machine, but for fear of being a burden on their families. If we support the idea of suicide, do we not support the

[Translation]

me tuer, je vous en prie, demandez à un médecin de m'aider.» La dépression qui est traitable et non la maladie terminale comme telle, voilà ce qui incite les patients à demander à mourir. Ne devrions-nous pas envisager de les aider? Le Groupe de travail sur la vie et le droit a remarqué que la dépression traitable est précisément ce qui n'est pas traité, que la gestion de la douleur n'est pas aussi efficace qu'elle devrait l'être. Engageons-nous là-dedans. Nous savons aussi qu'après un diagnostic de maladie terminale, le patient passe par différentes étapes, dont, entre autres, la colère; la personne ne veut plus vivre. À cette étape, on peut donner des conseils, et nous croyons que c'est un processus qui sera court-circuité par le suicide assisté.

Nous nous inquiétons au sujet des coûts médicaux, comme on l'a dit tout à l'heure. J'ai été horrifiée d'entendre cet après-midi que nous ne pouvons pas nous permettre des soins palliatifs. Pour un pays aussi vaste que le Canada, cela me désole d'entendre une chose pareille.

Le sénateur Corbin: Qui a dit cela?

Mme Jeffs: Je l'ai entendu ici cet après-midi.

Le sénateur Corbin: C'est la deuxième fois que j'entends cela d'un témoin. J'ai utilisé ce commentaire pour provoquer une réaction, et j'ai prévenu les gens qui m'écoutaient que ce n'était pas mon opinion. J'espère que c'est compris. On l'a entendu ailleurs, mais je ne l'ai pas dit moi-même. Il s'agissait d'une citation libre de ma part.

Mme Jeffs: Merci. Je dis simplement que nous devons offrir des soins palliatifs. Dans le reportage du *USA Today*, on parle non seulement des malades en phase terminale, mais aussi des personnes âgées. Parmi les personnes âgées souffrant d'une maladie terminale et qui tentent de se suicider, 90 p. 100 souffrent d'une dépression clinique. Là encore, lorsque ces personnes demandent à être tuées, est-ce bien ce qu'elles demandent, leur requête est-elle raisonnée? Sommes-nous en face de gens qui ont besoin de counselling et d'aide, et qui ont besoin de savoir que nous allons les accompagner? Le docteur Jack Kervorkian — je dois dire que nous ne sommes pas d'accord sur beaucoup de choses, mais il est d'accord avec moi sur celle-ci — prétend que quiconque affecté d'une maladie débilitante qui n'est pas déprimé est anormal. Ce à quoi je réponds: «D'accord, Dr Kervorkian, traitons la dépression.»

Le taux de suicide chez les personnes en phase terminale se situe entre 2 et 4 p. 100. Ne devrait-on pas en déduire que de bons services de counselling, de bons soins et une technique médicale appropriée permettent effectivement de traiter les patients qui expriment le désir de mourir?

En ce qui a trait à la peur de devenir un fardeau, je pense avoir entendu cet argument plus souvent qu'autrement dans la recherche que j'ai dû faire dans ce domaine. Les gens ont peur de devenir un fardeau pour les autres. En 1991, le *Boston Globe* a effectué un sondage auprès de ses lecteurs et leur a demandé s'ils envisageraient certaines options pour mettre fin à leur vie dans certaines circonstances. Les gens ont répondu dans l'affirmative, mais non pas à cause d'une douleur incurable, non pas à cause d'un mode de vie qui serait changé, non pas par peur de devenir

[Text]

idea that if we are a terminally ill family member, we are a burden. If we support publicly the idea of physician-assisted suicide, do we then not say, "Yes, the terminally ill, the aged and the nonproductive amongst us in society are also a drain and a burden on society." There is such a fallout from moving away from the ethic of care —and I really believe that physician-assisted suicide, once legalized, would move away from that ethic. I think we need to respond to the cry for help by a person in any type of distressed state; depressed, anguished state of mind.

We believe that the cry for assisted suicide is a cry for help. It is "Help me to cope with the pain, help me to understand, accompany me, support me, love me by telling me my life and death are worthwhile. When I have symptoms, you will be there 24 hours a day to take care of that. You will recognize that you do not want to make me live forever, but the care that I will have will be appropriate, and it will cease at the appropriate time also, for my comfort, not for my death."

I believe there are many cries that will go unheard if we legalize physician-assisted suicide. We will stop looking at the depression. I believe that we will not need effective pain management, as has happened in Holland; that research for more effective pain management will not happen because we will take the person's life by allowing a doctor to help them.

We will not research the cause and management of disease. We will begin to look more and more at the terminally ill, the elderly and the disabled as burdens on our society. We will also develop, I believe, a growing reticence to spend health dollars on people who are about to die anyway: the terminally ill, the AIDS patients, the extremely aged.

In Ontario particularly, we are concerned about the fact that government may become an advocate of individual health care, and we believe that we may see these government advocates not consenting in certain situations to ordinary care for people because they do not have families, and they do not have others to speak for them. We are really concerned about the fiscal pressure on health dollars which we believe may deny the elderly, the terminally ill and the vulnerable reception of not only medical treatment but ordinary care and comfort. We see this as a fallout of physician-assisted suicide.

We believe that hospice and palliative care facilities will not be expanded, as is witnessed in the Dutch experiment. We believe that we need education for physicians concerning pain management. We need promotion of palliative care and the understanding

[Traduction]

dépendant d'une machine, mais par peur d'être un fardeau pour leur famille. Si l'on appuie cette idée du suicide, n'appuie-t-on pas également l'idée que si l'on est en phase terminale et que l'on fait partie d'une famille, on devient un fardeau pour celle-ci? Si l'on appuie publiquement l'idée du suicide assisté par un médecin, ne doit-on pas dire alors que, oui, les personnes en phase terminale, les personnes âgées et les personnes non productives de la société sont également une charge et un fardeau pour la société? C'est ce qui arrivera si on s'éloigne de la moralité des soins, et je crois vraiment que le suicide assisté par un médecin, une fois légalisé, nous éloignera de cette éthique. À mon avis, il faut répondre à tout appel à l'aide d'une personne, quel que soit son état de détresse, qu'elle soit déprimée, angoissée, etcetera.

Selon nous, la personne qui demande un suicide assisté est une personne qui lance un appel à l'aide. La personne nous dit ceci: «Aidez-moi à faire face à la douleur, aidez-moi à comprendre, accompagnez-moi, appuyez-moi, aimez-moi en me disant que la vie et la mort valent la peine. Lorsque j'aurai des symptômes, vous serez là 24 heures sur 24 pour prendre soin de moi. Vous allez accepter ne pas vouloir que je vive pour toujours, mais les soins que j'aurai seront appropriés, et ils cesseront au moment approprié aussi, pour mon confort, non pas pour ma mort.»

Je pense que beaucoup de personnes vont lancer cet appel sans être entendues si nous légalisons le suicide assisté par un médecin. Nous allons cesser de tenir compte du problème de la dépression. Je crois que nous n'allons pas avoir besoin d'une bonne gestion de la douleur, comme c'est le cas en Hollande, la recherche concernant une gestion plus efficace de la douleur ne se fera pas parce que nous allons enlever la vie de la personne en permettant à un médecin de l'aider.

Nous n'allons pas faire de recherches sur la cause et la gestion de la maladie. Nous allons commencer à nous intéresser davantage à la personne en phase terminale, aux personnes âgées et aux personnes handicapées et les percevoir comme des fardeaux pour notre société. Je crois également que nous allons devenir de plus en plus réticents à consacrer des crédits en matière de santé aux gens qui sont sur le point de mourir de toute façon: les personnes en phase terminale, les malades du Sida, les personnes très âgées.

En Ontario plus particulièrement, nous nous inquiétons de voir que le gouvernement pourrait davantage insister sur les soins de santé individuels, et nous croyons qu'il se pourrait bien que le gouvernement accepte dans certaines situations de ne pas donner les soins ordinaires à des personnes parce qu'elles n'ont pas de famille et qu'elles n'ont personne pour les représenter. Nous sommes vraiment inquiets de toutes les pressions qui seront exercées sur le plan financier en matière de santé et qui, nous croyons, risquent de dénier aux personnes âgées, aux personnes en phase terminale et aux éléments vulnérables de la société non seulement un traitement médical, mais des soins ordinaires et du confort. À notre avis, c'est là une conséquence du suicide assisté.

Nous croyons également que le nombre de centres d'accueil et d'établissements de soins palliatifs ne sera pas augmenté, comme on l'a vu dans le cas de l'expérience hollandaise. À notre avis, il faut que les médecins soient davantage informés en matière de

[Texte]

of what that care is. In my written brief, I mention Dr. John Scott and his description of palliative care, and I encourage senators to read that. There is a lot of confusion about what palliative care is.

As a public, we need to discuss death and dying, dignity in death and dying, and dignified death. I held my father while he died from liver cancer. He did not die a dignified death; he drowned in his own blood, but he had dignity because he had my words in his ears and he had his family around him. That is what gives people dignity; not that they can walk or talk but the fact that we love them, and care.

Within all the discussions about dignified death used by the euthanasia movement, and now by the courts, we cannot forget that dignity is not recognized when we tell the old, infirm or comatose how undignified their condition is, or how they would be better off dead. It is not recognized by abandonment, which is what physician-assisted suicide and euthanasia are. It is certainly not recognized by standing by and watching someone die of thirst and hunger. The mercy killer adds the final rejection to the many that are already heaped upon the sick, the disabled and the dying in our community.

Dignity in old age, disability, unconsciousness and suffering is enhanced, above all, in knowing that you are loved and respected.

Since we have a population which is growing older, we will have an increasing number of people suffering from chronic illnesses. I believe that part of our job is to get our older population ready for those illnesses, not say to them, "Your life is not worth living in that state. We will make sure that a physician will help you take your life." Surely we can find more constructive ways of demonstrating our love and respect than by legalizing killing.

Senator Beaudoin: I understand that the three of you are in favour of the British House of Lords report on medical ethics. The conclusions of that report are certainly very interesting. However, is this report the answer in all cases? I agree that palliative care is a very interesting school of thought and is a valid experimental way to do things.

You say that it is the answer in 90 per cent of the cases, or perhaps a little more. But what do we do with the other cases? Of course, 90 or 95 per cent is a good average, but what do we do for certain very exceptional cases? What do you suggest in a case like that?

[Translation]

gestion de la douleur. Il faut faire la promotion des soins palliatifs et comprendre ce qu'ils sont véritablement. Dans mon mémoire, je parle du docteur John Scott et de la description qu'il fait des soins palliatifs, et j'encourage les sénateurs à le lire. Il y a beaucoup de confusion au sujet de la véritable définition des soins palliatifs.

En tant que contribuables, nous devons discuter de la mort et du processus de la mort, de la dignité dans la mort et dans le processus de la mort, ainsi que de la mort dans la dignité. Je tenais mon père dans mes bras lorsqu'il est mort du cancer du foie. Il n'a pas eu une mort dans la dignité, il s'est noyé dans son propre sang, mais il avait de la dignité parce qu'il entendait ce que je lui disais et que sa famille était autour de lui. Voilà ce qui donne de la dignité aux gens. Ce n'est pas le fait qu'ils puissent marcher ou parler, mais le fait que nous les aimions et que nous en prenions soin.

Dans toutes les discussions au sujet de la mort dans la dignité que proposent les tenants de l'euthanasie, et maintenant les tribunaux, il ne faut pas oublier qu'on ne parle pas de la dignité quand on dit aux personnes âgées, infirmes ou comateuses à quel point leur condition est dégradée ou encore combien elles seraient mieux si elles étaient mortes. On ne reconnaît pas cette dignité en les abandonnant, ce que proposent le suicide assisté et l'euthanasie. On ne reconnaît certainement pas leur dignité non plus en étant là et en les regardant mourir de soif ou de faim. L'assassin vient jeter la dernière pierre et ajouter aux nombreuses souffrances qu'endurent les malades, les personnes handicapées et les mourants.

La dignité pour la personne âgée, pour la personne invalide, inconsciente et qui souffre est renforcée, par-dessus tout, quand on sait qu'on est aimé et respecté.

Comme la population est vieillissante, nous allons avoir de plus en plus de gens qui souffriront de maladies chroniques. Je crois qu'une partie de notre travail consiste à préparer la population âgée à affronter ces maladies, et non pas à leur dire que leur vie ne vaut plus la peine d'être vécue dans de pareilles conditions et que nous allons nous assurer qu'un médecin va les aider à mourir. Certes, on peut trouver des façons plus constructives de faire preuve de notre amour et de notre respect que de légaliser l'assassinat.

Le sénateur Beaudoin: Je crois comprendre que vous souscrivez tous les trois au rapport de la Chambre des Lords britanniques sur l'éthique médicale. Les conclusions de ce rapport sont certainement très intéressantes. Cependant, est-ce que ce rapport est la solution à tous les problèmes? Je suis d'accord que les soins palliatifs sont une solution très intéressante et qu'ils constituent une expérience valable.

Vous dites que les soins palliatifs sont la solution au problème dans 90 p. 100 des cas, voire peut-être un peu plus. Mais qu'est-ce qu'on fait avec les autres? Bien sûr, 90 ou 95 p. 100, c'est une bonne moyenne, mais que faisons-nous dans certains cas très exceptionnels? Que proposez-vous dans un cas comme celui-là?

[Text]

Ms Scandiffo: I have a quote from Victoria Hospice. We tend to use "hospice" and "palliative care" interchangeably in Canada. However, "hospice" generally refers to home care, where the patient is at home or in some setting other than a hospital. The idea of teamwork is consistent with both palliative and hospice care.

Very few patients who are dying have either hospice or palliative care available. Victoria Hospice is not a pro-life organization. This article was written after Sue Rodriguez, who had been part of their program, died. On the question of the doctor being there with her, they say:

...unfortunately raises further the suspicion and fear of many of the public that this [assisted suicide] can and will be abused.

It has been said in the last few days that it is supposedly well known that active euthanasia is practised routinely in hospitals and homes. This is clearly false. Words are powerful. It is unfortunate that the term "dying with dignity" is being used so much in relation to assisted suicide. There are several thousand people who have died in our program. They and their families have been deeply appreciative and feeling very much they have lived and died in true dignity.

In each case, if the people who are in palliative care are getting proper treatment, their pain is controlled. We are talking about people who do not have access to palliative care. In Toronto, there are only two hospitals that I know of which have a unit. There are not enough doctors willing to spend the time, because it often requires house calls, close contact and lots of paperwork in terms of keeping in contact with the other members of the team.

As a concept, it has worked well. It was pioneered in England by Cicely Saunders. We have had excellent results here, but on a very small scale. The number of patients who are dying who can receive palliative care is minuscule. If they have good hospice care, they do have pain control. We are concerned about the people who do not have palliative care.

Senator Beaudoin: In a case like that, we may develop palliative care. We should, in any case.

Ms Scandiffo: We should be developing it, that is right. It is economically viable because it is not high tech. We are talking in terms of a team of some health care professionals but, for the most part, volunteers from the community. It might be someone coming in to help keep the patient at home. It is the caring, the unity, the idea of the patient not feeling abandoned. It works very well.

[Traduction]

Mme Scandiffo: Je voudrais vous donner une citation tirée d'une publication parue au centre d'accueil Victoria. Au Canada, on a tendance à utiliser indifféremment les expressions «centre d'accueil» et «soins palliatifs». Cependant, quand on parle de «centre d'accueil» on fait généralement référence à des soins prodigués à la maison où le patient est chez lui ou dans un établissement autre qu'un hôpital. Tant dans les soins palliatifs que dans les soins dans un centre d'accueil, on fait appel au travail d'équipe.

Très peu de mourants ont droit à des soins dans un centre d'accueil ou à des soins palliatifs. La centre d'accueil Victoria n'est pas une organisation pro-vie. Cet article a été écrit après la mort de Sue Rodriguez, qui avait fait partie de leur programme. Au sujet du médecin qui était avec elle, on dit ceci:

... malheureusement, beaucoup de gens craignent que (le suicide assisté) fasse l'objet d'abus.

On a dit au cours des derniers jours qu'il est apparemment bien connu que l'euthanasie active est pratiquée quotidiennement dans les hôpitaux et les foyers. C'est tout à fait faux. Les termes sont puissants. Il est malheureux que l'expression «mourir avec dignité» soit galvaudée quand on parle de suicide assisté. Il y a plusieurs milliers de personnes qui sont mortes et qui faisaient partie de notre programme. Les familles ont beaucoup apprécié les soins qu'ont reçus leurs malades et ceux-ci d'avoir eu l'impression de vivre et de mourir dans une véritable dignité.

Dans chaque cas, si les gens qui sont dans une unité de soins palliatifs reçoivent les bons traitements, leur douleur est contrôlée. Nous parlons ici des gens qui n'ont pas accès aux soins palliatifs. À Toronto, je connais seulement deux hôpitaux qui ont une unité de soins palliatifs. Il n'y a pas suffisamment de médecins qui sont prêts à consacrer le temps nécessaire à ces soins parce qu'on doit les appeler souvent à la maison, ils doivent être en contact étroit avec les malades et s'occuper de toute la paperasserie afin de demeurer en contact avec les autres membres de l'équipe.

Le concept fonctionne bien, il a d'abord été proposé en Angleterre par Cicely Saunders. Nous avons obtenu d'excellents résultats ici, mais sur une très petite échelle. Le nombre de patients qui sont mourants et qui peuvent recevoir des soins palliatifs est infime. S'ils reçoivent de bons soins dans un centre d'accueil, on réussit effectivement à contrôler leur douleur. Ce qui nous inquiète, ce sont les gens qui n'ont pas de soins palliatifs.

Le sénateur Beaudoin: Dans ce cas-là, nous pourrions offrir des soins palliatifs. Nous devrions, de toute façon.

Mme Scandiffo: C'est juste, nous devrions le faire. Cela est économiquement viable parce que ce ne sont pas des soins qui font appel à de la technologie de pointe. Il est ici question d'une équipe de professionnels de la santé, mais pour la plupart, de bénévoles de la collectivité. C'est parfois quelqu'un qui vient prendre soin du patient à la maison. L'idée qui est importante, ce sont les soins, l'unité, le fait que le patient ne se sente pas abandonné. Cela fonctionne très bien.

[Texte]

Senator Beaudoin: People say that we cannot legalize euthanasia or assisted suicide because it will lead to a lot of abuses. That it may lead to a lot of abuses is certainly a possibility, if not perhaps a probability. However, is that argument strong enough in itself?

I am perhaps more a philosopher now than anything else. If we do not legalize a particular act, it is not just because it may lead to some abuses, which is part of the answer, but because it is bad in itself, philosophically. Legality is another thing, and we will deal with that, but philosophically we believe that it is not good in itself, or because there is a better way to do it.

If I follow your reasoning, you three agree that palliative care is by far the best solution, and of course there is no risk of abuse in that. The only thing that is perhaps difficult is what we do with the free will of a person. I myself cannot understand why a person wants to commit suicide, probably because I have never been in a situation like that. But suppose a person is in that situation. You say suicide is not the answer. Care is the answer, or protection, or perhaps you used another word.

Mr. Berry: Treatment.

Senator Beaudoin: I would agree with that logic. It seems all right. But how is it that we do not succeed? I will not say that because we do not succeed, we will authorize suicide. We consider suicide to be some form of depression. I would like to know just a little more from you, doctor.

Mr. Berry: The theory of someone perfectly normal adding up all the pros and cons of life and coming to a decision to end that life is, I suppose, possible. I have never seen that, but I guess that is possible.

I remember an article in the *Canadian Medical Association Journal* about five years ago by a non-medical writer on the subject of Ernest Hemingway killing himself because he could no longer write. It went on about how he was frustrated because he had lost his ability to write. That was pure nonsense. Ernest Hemingway suffered from a serious bi-polar illness. He was in and out of hospital many times. He was treated for hypomania and depression many times. He made many attempts at suicide. He ultimately died of a complication of his illness. He committed suicide because at that time, as is still the case sometimes now, they were not able to help him. That is why he killed himself; not because of some aesthetic idea that he could not write anymore.

Senator Beaudoin: But in any case, you do not consider that because a person commits suicide there is such a thing as the right to commit suicide, if I follow your reasoning. In other words, it may be that a man or women, for one reason or another, may decide to commit suicide. You say that in 99 per cent of the

[Translation]

Le sénateur Beaudoin: Les gens disent qu'on ne peut pas légaliser l'euthanasie ou le suicide assisté parce que cela va amener beaucoup d'abus. C'est là certainement une possibilité, sinon peut-être une probabilité. Cependant, est-ce que cet argument est assez fort en lui-même?

Je suis peut-être plus philosophe qu'autre chose. Si l'on ne légalise pas un acte en particulier, ce n'est pas seulement parce qu'il risque d'amener des abus, qui est en partie un élément de la réponse, mais parce que sur le plan philosophique, il s'agit en soi d'une chose qui est mauvaise. La légalité, c'est autre chose, et nous allons en discuter, mais philosophiquement, nous croyons que cela n'est pas bon en soi ou qu'il y a une meilleure façon d'aborder le problème.

Si je suis votre raisonnement, vous trois convenez que les soins palliatifs sont de loin la meilleure solution, et bien sûr, il n'y a pas de risque d'abus là-dedans. La seule chose qui est peut-être difficile, c'est de savoir comment répondre à la libre volonté d'une personne. Personnellement, je ne peux pas comprendre pourquoi une personne veut se suicider, probablement parce que je n'ai jamais été dans une situation comme celle-là. Mais supposons qu'une personne soit dans cette situation. Vous dites que le suicide n'est pas la solution, mais bien plutôt les soins, ou la protection, ou peut-être avez-vous utilisé un autre mot.

M. Berry: Les traitements.

Le sénateur Beaudoin: Je suis d'accord avec vous concernant cette logique. Ça me semble très bien. Mais comment se fait-il qu'on n'y arrive pas? Je ne prétends pas que parce que nous n'y arrivons pas, nous devons autoriser le suicide. Nous considérons le suicide comme une forme de dépression. J'aimerais tout juste en savoir un petit peu plus de vous, docteur.

M. Berry: Je pense qu'il est possible de supposer en théorie qu'une personne parfaitement normale fait le pour et le contre de sa vie et décide d'y mettre un terme. Je n'ai jamais vu cela, mais je suppose que c'est possible.

Je me souviens d'un article publié dans le journal de l'Association médicale canadienne il y a environ cinq ans, par un écrivain qui n'était pas un médecin, sur le suicide d'Ernest Hemingway qui avait décidé de mettre fin à ses jours parce qu'il ne pouvait plus écrire. L'auteur mentionne à quel point Hemingway était frustré parce qu'il avait perdu la capacité d'écrire. Tout à fait insensé. Ernest Hemingway souffrait d'une maladie bipolaire grave. Il est allé souvent à l'hôpital. Il a été traité pour hypomanie et dépression à maintes reprises. Il a fait beaucoup de tentatives de suicide. Il est finalement mort d'une complication de sa maladie. Il s'est suicidé parce qu'à ce moment-là, et c'est encore le cas parfois maintenant, on n'a pas été capable de l'aider. Voilà pourquoi il s'est tué, non pas à cause de cette idée très répandue voulant qu'il n'était plus capable d'écrire.

Le sénateur Beaudoin: Mais de toute façon, vous ne croyez pas que parce qu'une personne se suicide, il existe ce qu'on appelle le droit de se suicider, si je suis bien votre raisonnement. Autrement dit, il se peut très bien qu'un homme ou une femme, pour une raison ou pour une autre, puisse décider de se suicider.

[Text]

cases it is because the person is depressed, although there may be one or two cases where that is not the reason. But you say that we cannot conclude from that fact that there is such a right as the right to commit suicide. Nevertheless, in decisions of the courts, people are using that expression, "the right to die". The right to die is different from the right to commit suicide.

Ms Scandiffo: I find it interesting that only recently, as far as I understand, when something is removed from the Criminal Code it automatically becomes a right. To me, this does not follow. If something is decriminalized, it is decriminalized, but in our culture it has then become a right, be it abortion or suicide.

A review of the debates in *Hansard* on the removal of suicide from the Criminal Code in 1972 shows that the idea was not that we were promoting suicide as a good, but that people were, in fact, attempting suicide. For those who were successful, the law was, of course, irrelevant. The debates centred around those who were not successful, and the appropriate treatment for them. Was it incarceration? How would that help their suicidal tendencies and their depression? We realized that that treatment was inappropriate.

However, when suicide was removed from the Criminal Code, we did not set up suicide hot lines so that people could phone and find out how their right to suicide could be accomplished. When someone phones our suicide hot line, they are not given the four best methods of committing suicide. We still have suicide prevention programs. We still have the idea in society that it is appropriate to throw them a lifeline and not a noose. I find the logic of the dissenting Supreme Court justices in saying, because it is no longer illegal for able-bodied people to commit suicide, it is discriminatory to disabled people, or to people who cannot in some way physically manage to do the job themselves. To me, that is twisted logic. It is not a right that we are promoting.

If you have a problem, you treat it with the appropriate means, not with something else. I think we all realized in the 1970s that throwing a depressed or suicidal person in jail was inappropriate, but now we have twisted that. Suicide has now become a right, and now it is discriminatory to those who cannot commit the act. To me, it makes no sense whatsoever.

Senator Beaudoin: That argument was used by one of the judges.

Ms Scandiffo: Exactly. When I read that judgment, I could not believe it, because we are not out to promote suicide of able-bodied people.

Senator Beaudoin: You say that if we accept that there is such a thing as the right to commit suicide, a disabled person has

[Traduction]

Vous dites que dans 99 p. 100 des cas, c'est parce que la personne est déprimée, bien qu'il puisse y avoir une ou deux personnes pour lesquelles ce n'est pas la raison. Mais vous dites que nous ne pourrions pas conclure de cela qu'il existe un droit de se suicider. Néanmoins, dans les décisions des tribunaux, les gens parlent du «droit de mourir». Le droit de mourir est différent du droit de se suicider.

Mme Scandiffo: Je trouve intéressant de voir que ces derniers temps, d'après ce que je comprends, lorsque quelque chose est rayé du Code criminel, cela devient automatiquement un droit. Pour moi, ça n'a pas de sens. Si quelque chose est décriminalisé, parfait, mais dans notre culture, ça devient un droit, qu'il s'agisse de l'avortement ou du suicide.

Un examen des débats du *hansard* concernant l'élimination du suicide du Code criminel en 1972 montre que l'idée n'était pas de faire en sorte que le suicide soit une bonne chose, mais que les gens en fait tentaient de se suicider. Pour ceux qui réussissaient, bien sûr la loi n'était pas pertinente. Les débats étaient surtout centrés sur ceux qui ne réussissaient pas, ainsi que sur les traitements qu'on devait leur donner. Est-ce qu'on devait les incarcérer? Comment une telle mesure pourrait-elle les aider à maîtriser leurs tendances suicidaires et leur dépression? Nous nous sommes rendu compte que le traitement était inapproprié.

Cependant, lorsqu'on a décriminalisé le suicide dans le Code criminel, on n'a pas établi de lignes d'urgence de sorte que les gens puissent téléphoner et demander comment ils pouvaient exercer leur droit de se suicider. Lorsque quelqu'un appelle un organisme de détresse en matière de suicide, on ne lui donne pas les quatre meilleurs moyens de se suicider. On a encore des programmes de prévention, la société croit encore qu'il est bon de lancer une bouée de sauvetage. Je constate que la logique des quatre juges dissidents de la Cour suprême qui disent que, parce qu'il n'est plus illégal pour une personne capable de commettre le suicide, cela est discriminatoire à l'égard des personnes incapables, ou des personnes qui ne peuvent pas, physiquement parlant, faire le travail elles-mêmes. Pour moi, c'est une logique qui est tordue. Ce n'est pas un droit que nous défendons.

Si vous avez un problème, vous le traitez avec les moyens appropriés, non pas avec quelque chose d'autre. Je pense que nous nous sommes tous rendu compte dans les années 1970 que le fait d'envoyer une personne déprimée ou suicidaire en prison était inapproprié, mais maintenant, la logique est tordue. Le suicide est maintenant devenu un droit, et aujourd'hui, ce droit est discriminatoire à l'égard de ceux qui ne peuvent commettre l'acte de suicide. Pour moi, ça n'a aucun sens.

Le sénateur Beaudoin: Cet argument a été utilisé par un des juges.

Mme Scandiffo: Exactement. Lorsque j'ai lu ce jugement, je n'arrivais pas à le croire, parce que nous ne sommes pas là pour promouvoir le suicide chez les personnes capables.

Le sénateur Beaudoin: Vous dites que si l'on accepte qu'il existe une telle chose qui s'appelle le droit de commettre le

[Texte]

such a right, but since that person cannot do it himself or herself, another person is under the obligation to help that person?

Ms Scandiffo: Then it becomes a duty.

Senator Beaudoin: This is where you say it is twisted logic.

Ms Scandiffo: As I said, it is only recently that something that is decriminalized subsequently has become a right. I can accept that something is decriminalized, but it does not automatically go from being a criminal offence to a right. To me, this is a quantum leap.

Senator Beaudoin: But some witnesses before this committee have said that assisted suicide is just euthanasia. It is a form of euthanasia because the person is asking a doctor to give him or her a lethal injection. However, that is euthanasia.

Ms Scandiffo: To me, as long as the intent is to have the patient dead at the end, I do not care what you call it. Calling it physician-assisted suicide is an attempt to place this killing under the benevolent mantle of medicine. If people proposed lawyer-assisted suicide or accountant-assisted suicide, we would all say that this is crazy. We presume that it should be doctors who assist in suicide because they have the knowledge and the ability. Some groups are not even talking about physicians. They are saying "friends" and others, because otherwise it will be discriminatory. Why should doctors be the only ones who will be allowed to assist if, in fact, in a fair and just society, I have the means at hand to do it in a quick, painless way? Logically, why should anyone be restricted from killing another person?

The concept of a living will was mentioned earlier. The idea was that if a written will is out of date, then it can be changed verbally. Are we to have witnesses to such a will? Where is the protection there? Once the patient is dead, they cannot testify as to what their change of orders were.

I think people who are proposing things such as this have misplaced compassion. I am not saying that people have a deadly agenda. However, I am saying that we have to be aware of what the logical consequences of our actions will be. I see them as potentially extremely dangerous.

Senator Lavoie-Roux: Have you examined a copy of the document which I have in my hand entitled, *Mon mandat en cas d'inaptitude*? It was prepared by the Government of Quebec. I was asked by some people, who rightly or wrongly have some confidence in me, to bring this document to the attention of the committee.

I will read it in French and you may listen to the translation.

[Translation]

suicide, une personne handicapée a aussi ce droit, mais puisque cette personne ne peut le faire elle-même, une autre personne est obligée de l'aider?

Mme Scandiffo: Cela devient alors un devoir.

Le sénateur Beaudoin: Et c'est là que vous dites que la logique est tordue.

Mme Scandiffo: Comme je l'ai dit, ce n'est que depuis tout récemment qu'une chose décriminalisée devient par la suite un droit. Je peux accepter que quelque chose soit décriminalisé, mais d'office, une infraction criminelle ne devient pas un droit. Pour moi, c'est un bond en avant.

Le sénateur Beaudoin: Mais certains témoins qui ont comparu devant notre Comité ont dit que le suicide assisté n'était simplement que de l'euthanasie. C'est une forme d'euthanasie parce que la personne demande à un médecin de lui donner une injection mortelle. Cependant, c'est de l'euthanasie.

Mme Scandiffo: Pour moi, tant et aussi longtemps que le but est d'assurer la mort du patient à la fin du processus, je me fiche de la terminologie. Qu'on appelle ça un suicide assisté par un médecin, pour moi c'est de vouloir placer cet acte sous le couvert charitable de la médecine. Si les gens proposaient le suicide assisté par un avocat ou le suicide assisté par un comptable, nous dirions tous que c'est fou. Nous présumons qu'il doit s'agir de médecins qui facilitent le suicide parce qu'ils ont les connaissances et les compétences nécessaires. Certains groupes ne parlent même pas de médecins. Ils parlent d'amis ou d'autres personnes, parce qu'autrement, ce serait discriminatoire. Pourquoi les médecins devraient-ils être les seuls à être autorisés à aider la personne si en fait, dans une société juste et équitable, j'ai à ma disposition les moyens de m'enlever la vie de façon rapide et sans douleur? Logiquement, pourquoi quelqu'un devrait-il être empêché de tuer une autre personne?

On a parlé tout à l'heure du concept du testament biologique. L'idée était que si un testament écrit est périmé, il peut être ensuite modifié verbalement. Est-ce que nous allons avoir besoin de témoins pour un tel testament? Où se trouve la protection? Une fois le patient mort, il ne peut pas témoigner quant au changement de directives qui ont été données.

Je pense que les gens qui proposent des choses comme celles-là ne placent pas leur sentiment de compassion à la bonne place. Je ne dis pas que les gens ont des intentions criminelles. Cependant, je dis qu'il faut être conscient des conséquences logiques de nos actions. Je crois que ces conséquences sont potentiellement et extrêmement dangereuses.

Le sénateur Lavoie-Roux: Avez-vous examiné le document que j'ai entre les mains qui est intitulé *Mon mandat en cas d'inaptitude*? Ce document a été rédigé par le gouvernement du Québec. Certains m'ont demandé, ils me font confiance à tort ou à raison, de porter ce document à l'attention du Comité.

Je vais le lire en français et vous pourrez écouter la traduction.

[Text]

Consentements aux soins: Si je ne suis pas en mesure de consentir aux soins requis par mon état de santé ou de les refuser, mon mandataire doit le faire à ma place. (...). S'il consent aux soins proposés, c'est avec la conviction qu'ils sont bénéfiques malgré leurs effets, opportuns dans le contexte et parce que les risques qu'ils présentent n'apparaissent pas disproportionnés compte tenu du bienfait espéré.

Et l'autre paragraphe:

Volontés de fin de vie: Dans toute décision relative aux soins requis en fin de vie, mon mandataire, doit tenir compte de mon opposition à tout moyen diagnostique et thérapeutique disproportionné et ne faisant que multiplier ou prolonger inutilement mes souffrances et mon agonie;

I think you agree that that is all right.

Deuxièmement, ma volonté de mourir dignement, avec les soins de soutien et de confort requis et une médication propre à soulager mes souffrances même si celle-ci a pour effet indirect de hâter le moment de ma mort.

They have to sign it and it has to be witnessed by two people.

The nurses who appeared before us earlier today said that a living will can be abused, too. On the other hand, we have to consider those who are isolated. It seems to me that there will be more and more who fall into that category. I do not think anyone who is 20, 30 or even 40 would sign such a thing. But when people turn 60 and 65, do you not think that, if it is done this way, it could be a protection for them?

Ms Scandiffo: There is no question that the Substitute Decision Act is slightly different from the living will. However, they are all interconnected. In Ontario, they are part of a package deal, as it were. It is the most complicated piece of legislation because one impacts on the other.

We made a presentation to the Ontario legislature two years ago on that legislation. Some 199 amendments were made to the package. There were four ministries involved. I do not think one knew what the other was doing. It was very complicated.

Certainly, the idea of having one person that you trust speak for you is valid. The thing that must be remembered is that people have to be aware of things like conflict of interest. Obviously, the person who signs such a document must trust you and your judgment. But not all of us are trustworthy. Will there be coercion in signing these things?

Just as there are powers of attorney for finances, there must be built-in safeguards to ensure that people are not being abused. We are saying that if this type of thing is going through, then at least the same safeguards should be there, because we are talking about

[Traduction]

Agreement to treatment: In the event that I am not in a position to accept the treatment required by my illness or to refuse it, my proxyholder will make the decision on my behalf. (...) If he agrees, he will do so being convinced that the said treatment is beneficial despite its effects, appropriate in the circumstances and that its potential risks do not seem disproportionate in regards to the expected benefit.

The other paragraph says:

End-of-life volition: Regarding any decision related to the necessary treatment at the end of my life, my proxyholder must take into consideration the fact that I am opposed to the use of any disproportionate diagnostic or therapeutic means which will only increase or uselessly prolong my suffering and agony;

Je pense que vous êtes d'accord.

Secondly, my wish for a dignified death, with the required support, care and comfort, and a medication capable of relieving my pain even if the said medication will indirectly hasten my death.

Les gens doivent signer ce mandat d'inaptitude en présence de deux témoins.

Les infirmières qui ont comparu devant nous plus tôt aujourd'hui ont dit également que le testament biologique pouvait aussi prêter aux abus. Par contre, il faut prendre en compte les personnes qui sont isolées. Il me semble qu'il y a de plus en plus de gens qui font partie de cette catégorie. Je ne pense pas que quelqu'un qui a 20, 30 ou même 40 ans va signer une telle chose. Mais lorsque les gens atteignent 60 ou 65 ans, ne croyez-vous pas que si on procède ainsi ils se protègent?

Mme Scandiffo: Il ne fait aucun doute que la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui* est légèrement différente du testament biologique. Cependant, les deux sont inter-reliées. En Ontario, les deux mesures sont jumelées. Il s'agit de deux mesures législatives des plus compliquées parce que l'une a des répercussions sur l'autre.

Nous avons présenté un mémoire à l'Assemblée législative de l'Ontario il y a deux ans sur ce projet de loi. Environ 199 amendements y ont été apportés. Quatre ministères étaient en cause. Je ne pense pas que l'un savait ce que l'autre faisait. C'était très compliqué.

Certes, l'idée d'avoir une personne à qui vous faites confiance qui vous représente est bonne. Ce qu'il ne faut pas oublier, cependant, c'est que les gens doivent être conscients de choses comme les conflits d'intérêts. De toute évidence, la personne qui signe un tel document doit vous faire confiance, ainsi qu'à votre jugement. Mais ce n'est pas tout le monde qui est digne de confiance. Est-ce que les gens seront forcés de signer ces documents?

Tout comme on peut donner une procuration pour des questions financières, ce document doit renfermer des garanties visant à assurer les gens qu'ils ne seront pas victimes d'abus. Ce que nous disons, c'est que si ce genre de mesure doit être adoptée, à tout le

[Texte]

something more important than chattels; we are talking about human life.

Senator Lavoie-Roux: Is it because you feel that they are not properly executed right now?

Ms Scandiffo: My concern is that it is still so new, and because in Ontario there are four pieces of legislation that overlap, we cannot see all the implications. The bill has been passed, but it has not been enacted yet.

Senator Lavoie-Roux: Do you feel if properly done it is an avenue that is worth exploring in order to prepare the proper document or tools that would protect the person? I feel that so many people today are left to the goodwill of whoever looks after them in the hospital, or in the public or private nursing home.

Ms Jeffs: I would like to see what you have just read, senator, so that I can look at it more closely. I am much happier with naming someone and discussing with that person what you wish, but that the decisions are made at the time. That is one of the concerns we have with the living will. For the most part, at least in this country and I believe in the United States also, what is talked about is withdrawal or non-starting of treatment; not "appropriate" or "beneficent" treatment but non-starting in this case. It is important to have someone who knows so that they can speak at that time for you, based on the situation right then and there.

On first hearing, senator, what you have just read sounded like one of the best I have heard. I would like to be able to have an opportunity to read it.

Senator Lavoie-Roux: I have one short question of the psychiatrist. You said that if 90 per cent — and perhaps I do not have the right figures — of people who are depressed get help, then they will be in a better position to make a decision, or perhaps decide to carry on with the proper support. What has your experience been in the field of psychiatry?

Mr. Berry: I think that figure was put forward by Ms Jeffs. That is a fairly high figure for people getting out of a clinical depression. I think it is like most diseases where one-third of people do not do very well, one-third do quite well and one-third do very well. We are improving on that with certain medications, but there is still a fallout.

I should like to address the remarks made by another senator about the right to suicide. If I have a patient who comes in for suicide, I treat that patient and send him home. If he kills himself and there is an inquest, which there often is, I cannot use as a defence, "Well, he has a right to kill himself." The coroner will say to me, "That person was sick. You treated him and you shouldn't have sent him home." Quite obviously, I should not have sent him home.

[Translation]

moins, les mêmes garanties devraient être incluses, parce que nous parlons ici de quelque chose qui est plus important que des biens, il s'agit de la vie humaine.

Le sénateur Lavoie-Roux: Est-ce parce que vous estimez que les testaments biologiques sont mal exécutés actuellement?

Mme Scandiffo: Ce qui m'inquiète, c'est que c'est encore une réalité tellement nouvelle, et parce qu'en Ontario il y a quatre mesures législatives qui se chevauchent, nous ne pouvons pas voir toutes leurs implications. Le projet de loi a été adopté, mais il n'a pas encore été promulgué.

Le sénateur Lavoie-Roux: À votre avis, si les choses étaient faites comme il faut, croyez-vous qu'il vaille la peine d'explorer cette possibilité afin de préparer le bon document ou les bons outils qui protégeraient la personne? Je trouve qu'il y a tellement de gens aujourd'hui qui sont laissés au bon vouloir de quiconque s'en occupe à l'hôpital, ou dans un foyer public ou privé.

Mme Jeffs: J'aimerais voir ce que vous venez tout juste de lire, sénateur, pour pouvoir examiner ce document plus attentivement. Je suis beaucoup plus en faveur de désigner une personne et de discuter avec elle de ce que je veux, mais que la décision soit prise à ce moment-là. C'est là une de nos préoccupations concernant le testament biologique. Dans l'ensemble, à tout le moins au Canada et je crois aux États-Unis aussi, ce dont on parle, c'est de retrait ou de non-exécution de traitement, non pas de traitement «approprié» ou «bénéfique», mais le fait de ne pas entreprendre un traitement dans ce cas. Il est important que quelqu'un le sache de sorte que la personne puisse parler à ce moment-là en votre nom, compte tenu de la situation.

D'après ce que j'ai entendu, sénateur, ce que vous venez de lire me paraît être ce qu'il y a de mieux jusqu'à maintenant. J'aimerais avoir l'occasion d'en prendre connaissance.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'aimerais poser une courte question au psychiatre. Vous avez dit que si 90 p. 100 — peut-être n'ai-je pas les bons chiffres — des personnes qui sont déprimées obtiennent de l'aide, elles vont être mieux en mesure de prendre de décider par elles-mêmes de continuer de vivre si elles ont l'appui dont elles ont besoin. Quelle est votre expérience à cet égard dans le domaine de la psychiatrie?

M. Berry: Je crois que c'est Mme Jeffs qui a donné ces chiffres. Le pourcentage me paraît assez élevé pour des gens qui sortent d'une dépression clinique. Je pense que le pourcentage est le même que dans la plupart des maladies, où un tiers des personnes ne s'en tirent pas très bien, un tiers assez bien et un tiers très bien. Nous faisons des progrès grâce à certains médicaments, mais il y a encore du chemin à faire.

J'aimerais faire des commentaires sur les observations d'un autre sénateur au sujet du droit au suicide. Si j'ai un patient qui vient me consulter parce qu'il a tenté de se suicider, je le traite et je le retourne chez lui. S'il se suicide et qu'il y a enquête, comme c'est souvent le cas, je ne peux pas invoquer pour ma défense qu'il avait le droit de se tuer. Le coroner va me dire que cette personne était malade, que je l'ai traitée et que je n'aurais pas dû la retourner chez elle. De toute évidence, je n'aurais pas dû la renvoyer à la maison.

[Text]

I am not sure where this right to suicide comes from. It is true that suicide has been decriminalized. However, I do not think we treat suicide as a right; we treat it as an illness.

Senator Keon: I want to apologize for not being able to hear your brief. From the discussion and from what I have read, I will ask my favourite question:

A patient who is confronted with death is usually depleted of most of the normal physiological processes of the body. I have asked several other witnesses how they feel that such an individual can possibly have the appropriate biochemical and physiological support of the brain to be making rational decisions, let alone in spite of the psychological diagnosis of depression which psychiatrists are prepared to state exist, according to our testimony, in 75 per cent of these patients. It troubles me very much that people in this state of deranged body physiology are asking someone to do them in.

Will you comment on that? There is nothing in the literature about it.

Mr. Berry: As I said in my statement, people who want to die are depressed. I think we have to treat them as such, whether they are dying from an incurable illness or whether they are 23 years old and have a depressive illness. The success rate in treating people who want to die and who have an incurable illness is just as good as treating a depressed person.

With respect to debility due to terminal illness, my experience is that some people are comatose or partially comatose for days or weeks or months prior to their death, but that others, even those with ravaging illnesses, are very lucid right up until the moment of death, and could make some decisions.

The Chairman: I want to thank you all very much. I am sorry we have to cut it short. I am sure there are other questions that members of the committee would like to put to you. We appreciate very much your being here tonight.

Honourable senators, it has been a long day and evening for us. I do not want to keep our witnesses any longer than necessary.

I will now ask the Reverend James Dickey to come forward. He has come here from Stratford. I think he has some personal experiences and opinions regarding his work within his own congregation and other things that he has done that he would like to share with us.

Reverend James Dickey, Stratford: I would like to thank honourable senators for your invitation to appear before you. I am not quite sure why I am here, other than the fact that this has been a life-long interest of mine and I have some experience.

I do not represent 60 or 70 mini-organizations. I do not speak for humanists. I do not even speak for my own denomination, who disagree with me. I have had parishes in British Columbia,

[Traduction]

Je ne sais pas d'où vient cette idée du droit au suicide. C'est vrai que le suicide a été décriminalisé. Cependant, je ne crois pas que l'on considère le suicide comme un droit, mais comme une maladie.

Le sénateur Keon: Je m'excuse de ne pas avoir pu écouter votre témoignage. En m'appuyant sur la discussion et sur ce que j'ai lu, je vais vous poser ma question préférée:

Un patient qui fait face à la mort est habituellement privé de tous les processus physiologiques normaux de l'organisme. J'ai demandé à plusieurs autres témoins comment, à leur avis, cette personne peut avoir les ressources biochimiques et physiologiques appropriées du cerveau pour prendre une décision rationnelle, en ne tenant pas compte du diagnostic de dépression que les psychiatres sont prêts à donner, d'après les témoignages, dans 75 p. 100 de ces cas. Je suis très troublé de voir que les gens dans cet état de perturbation physiologique demandent à quelqu'un de leur enlever la vie.

Pourriez-vous faire des commentaires là-dessus? Il n'y a rien dans la documentation à ce sujet-là.

M. Berry: Comme je l'ai dit dans mon exposé, les gens qui veulent mourir sont déprimés. Je crois qu'il faut les traiter en tant que tels. Qu'ils soient atteints d'une maladie incurable ou qu'ils aient 23 ans et qu'ils souffrent de dépression. Le taux de succès dans le traitement des personnes atteintes d'une maladie incurable qui veulent mourir est aussi bon que le taux de succès dans le traitement des personnes déprimées.

En ce qui a trait à la débilité attribuable à une maladie terminale, d'après mon expérience, certaines personnes sont comateuses ou partiellement comateuses pendant des jours, des semaines, voire des mois avant leur mort, alors que d'autres, qui peuvent souffrir de maladies très graves, sont très lucides jusqu'au moment de leur mort et pourraient prendre des décisions.

La présidente: Merci beaucoup à tous. Je suis désolée d'avoir à vous interrompre. Je suis certaine que les membres du Comité aimeraient vous poser d'autres questions. Nous vous remercions beaucoup d'avoir été ici ce soir.

Honorables sénateurs, c'est une longue journée et une longue soirée pour nous. Je ne veux pas garder nos témoins plus longtemps que nécessaire.

Je demande maintenant au révérend James Dickey de s'approcher. Il est de Stratford. Je crois qu'il a vécu certaines expériences personnelles et qu'il veut nous faire part de son point de vue concernant son travail au sein de sa congrégation; je crois également qu'il aimerait partager certaines autres choses avec nous.

Le révérend James Dickey, Stratford: Je tiens à remercier les honorables sénateurs de m'avoir invité à comparaître devant leur Comité. Je ne suis pas tout à fait sûr de la raison pour laquelle je suis ici, sauf que je me suis toujours intéressé à l'euthanasie et au suicide assisté et que j'ai une certaine expérience dans le domaine.

Je ne représente pas 60 ou 70 petites organisations. Je ne parle pas au nom des humanistes. Je ne parle même pas au nom de ma propre congrégation qui n'est pas d'accord avec moi. J'ai eu des

[Texte]

Labrador and Northern Manitoba. For ten years I was editor of a national magazine. I have been six years in Stratford now. I suspect that my philosophy, my feelings on this subject, devolve primarily from my experience as a pastoral minister.

My usefulness to the committee perhaps might be in being able to convey a consensus as to the church's opposition to any kind of change in the law, and why I think that their opposition is misguided, or at least why I think that the opposition is weakening among the parishioners, if not among the church hierarchies.

I know you have heard more about death and dying than you probably ever wanted to, and you probably feel that an easeful death at this point would not be such a bad thing. That is what euthanasia actually means, an easeful death, not mercy killing, not anything on a large scale, but easing people's last minutes or hours on this earth.

As I understand the moral issues and the church's opposition to them — and the church I am speaking of now is somewhat arrogantly encompassing all the different churches — there is a tremendous undercurrent of fear about any cheapening of life. This can be summed up in the fact that all the churches consider despair and the spite of life to be sinful.

I believe the advocates of changes in the euthanasia law, with whom I agree, are not thinking of suicide or euthanasia on demand in the cases of simple depression of young folk or in cases of people reacting to divorce or being fired and this kind of thing. They are advocating more for help for something that has begun, that is inevitable, and that will come to a conclusion.

As I said in my little column of which you have a copy, members of the church did not always cling to the idea that life is sacred with the same fervour as they do now. In the early days of the church, there was an eagerness to be martyred. The idea that everybody wants to go to heaven but nobody wants to die was not held by the early Christians, some of whom went to great lengths to provoke the Roman officials, including the Roman Senate, to martyr them.

The early theologians mandated against that. They had to point out that this was wrong, that one should not throw one's life away on a hope of getting to heaven all that much faster. This is not such an outdated idea. I am not trying to give a lesson on church history, but the same thought still prevailed in the Holy War, in the Muslim Jihad, and in the Kamikaze efforts at the close of the Second World War. This idea still prevails. Some ideas just get recycled.

[Translation]

paroisses en Colombie-Britannique, au Labrador et dans le nord du Manitoba. Pendant dix ans, j'ai été rédacteur en chef d'un magazine national. Je suis à Stratford depuis six ans maintenant. Je pense que ma philosophie, mes sentiments sur la question découlent principalement de mon expérience en tant que ministre du culte.

Mon témoignage sera peut-être utile pour le Comité, en ce sens que je pourrai lui faire part du consensus qui existe au sein de l'Église contre toute modification à la loi; je tiens en outre à vous dire qu'à mon avis, l'opposition de l'Église est mal orientée, ou à tout le moins je veux vous dire pourquoi cette opposition est de moins en moins grande parmi les paroissiens, sinon au sein de la hiérarchie de l'Église.

Je sais que vous avez entendu parler de mort et de processus de mort probablement plus que vous ne l'auriez souhaité, et qu'à ce moment-ci vous pensez probablement qu'une mort douce ne serait pas une si mauvaise chose. Et c'est ce que fait l'euthanasie, elle donne une mort douce, elle n'assassine pas, ce n'est pas une mesure prise à grande échelle, elle vise simplement à apaiser les derniers instants ou les dernières heures d'une personne sur la terre.

D'après ce que je comprends des questions morales et de l'opposition de l'Église à l'égard de ces questions — et l'Église dont je parle inclut pratiquement tous les ordres — je constate qu'il y a un énorme courant de peur quant à l'amointrissement de la qualité de la vie. Je pense que le tout se résume assez bien en disant que toutes les Églises considèrent le désespoir et le dépit de la vie comme étant un péché.

Je crois que les tenants des changements à la loi sur l'euthanasie, avec lesquels je suis d'accord, ne pensent pas au suicide ou à l'euthanasie sur demande dans les cas de simple dépression de jeunes, de gens qui réagissent à un divorce ou qui sont congédiés, ou des choses de ce genre. Les tenants demandent plus d'aide pour un processus déjà engagé, un processus qui est inévitable et qui sera mené à sa conclusion.

Comme je l'ai dit dans ma petite chronique dont vous avez un exemplaire, les représentants de l'Église n'ont pas toujours accepté avec la même ferveur le caractère sacré de la vie comme ils le font aujourd'hui. Aux premières heures de l'Église, on voulait être martyrisé. L'idée que tout le monde veut aller au ciel mais que personne ne veut mourir n'était pas celle des premiers chrétiens, dont certains ont déployé tous les efforts possibles pour provoquer les représentants de Rome, y compris le Sénat romain, et les amener à les martyriser.

Les premiers théologiens militaient contre une telle pratique. Ils étaient obligés de préciser que cela n'était pas correct, qu'une personne ne devait pas abandonner sa vie dans l'espoir d'aller au ciel plus rapidement. Mais l'idée n'est pas aussi dépassée. Je n'essaie pas de vous donner une leçon sur l'histoire de l'Église, mais la même idée était toujours présente dans la Guerre sainte, dans la Jihad musulmane et dans les efforts des Kamikazes à la fin de la Seconde guerre mondiale. Cette philosophie est toujours présente. Certaines idées ne sont que recyclées.

[Text]

The church had to warn against this embracing of death for a superior cause and for the hope of heaven. However, in supporting their arguments, they could not draw from scripture very much because scripture does not have a whole lot to say about suicide, assisted death, euthanasia or any of the other euphemisms. They had to draw mostly from Plato. They are only seven instances of suicide in scripture: six in the Old Testament, one in the New. You could say eight, depending how you count. The most famous is in the Old Testament and relates to Sampson and King Saul.

Nowhere is suicide in the scriptures explicitly condemned in either the Hebrew scriptures or in the New Testament. The behaviours that led to the condition or the situation where suicide was an option acted upon, are condemned; but the act itself is not explicitly condemned anywhere.

You may say, "Well, the commandment 'Thou shalt not kill' covers it." It really does not. The commandment really should be translated "Thou shalt not murder." If you remember correctly, after the commandments were given, the Israelites crossed the Jordan River and did quite a bit of wholesale murdering, at God's direction, of their opponents in the promised land.

Originally, the commandment was interpreted more as we would interpret it: judicially, you do not do away with a fellow Israelite by violence. There really is no explicit scriptural basis for the interpretation.

I think it was an ethical decision, a moral and Christian decision, to warn off enthusiastic Christians from seeking death too eagerly. On this has been built an almost superstitious attempt to guard life against all hazards.

We tend to forget that. The churches forget that when troops are blessed. The only people who are perfectly consistent on this idea of being opposed to euthanasia are the people who are opposed to any kind of killing, any taking of life, even by policing people or by soldiers. You must be consistent, and, if you are, then you have a philosophical basis; but you cannot pick and choose.

This has been a long tradition now, and the churches are so huge, that trying to effect change is like trying to turn a battleship. It takes a long time before to change their minds. However, I think changes are occurring at the level of the pews, the level of the parishioner.

Most of the major religions tend to forget that life on this earth is not the only life, and it exceeds the sanctity the Bible gives it. It becomes a superstition itself in the sense that, if the lungs and heart are working, somehow there is something inviolable about that. I think that borders on superstition.

[Traduction]

L'Église a dû mettre les gens en garde contre ce désir de mourir pour une cause supérieure et dans l'espoir d'aller au ciel. Cependant, l'Église ne pouvait pas tellement baser son argumentation sur les Écritures parce que les Écritures en disent peu sur le suicide, la mort assistée, l'euthanasie ou tout autre euphémisme. L'Église a dû s'inspirer principalement de Platon. Dans les Écritures, on ne retrouve que sept passages où il est question de suicide, six dans l'Ancien Testament, un dans le Nouveau. On pourrait dire huit, selon la façon dont on calcule. Le passage le plus connu est celui de l'Ancien Testament et concerne Samson et le roi Saül.

Nulle part dans les Écritures le suicide est-il explicitement condamné, ni dans les Écritures hébraïques ni dans le Nouveau Testament. Les comportements favorisant le suicide sont condamnés, mais l'acte lui-même n'est pas explicitement répudié nulle part.

Peut-être me direz-vous que le commandement «Tu ne tueras point» s'applique ici, mais non. L'interprétation que l'on doit donner à ce commandement est la suivante: il ne faut pas assassiner quelqu'un. Si vous vous souvenez bien, après que les commandements ont été donnés, les Israélites ont traversé le Jourdain et ont tué, selon les désirs de Dieu, leurs opposants qui se trouvaient en Terre promise.

Au départ, le commandement était interprété davantage de la façon dont nous l'interpréterions: en loi, vous n'avez pas le droit de tuer un compatriote israélien par la violence. Mais les Écritures ne renferment aucune base explicite pouvant justifier une telle interprétation.

Je pense qu'il s'agissait d'une décision éthique, d'une décision morale et chrétienne visant à empêcher les chrétiens enthousiastes de chercher la mort avec trop d'ardeur. À partir de cela, on a élaboré un schéma presque superstitieux visant à protéger la vie contre tous les dangers.

On a tendance à l'oublier. Les ordres religieux oublient cela lorsque les troupes sont bénies. Les seuls qui soient parfaitement logiques et contre l'euthanasie sont les peuples qui sont opposés à tout genre d'assassinat, à toute privation de la vie, même par la répression policière ou armée. Il faut être logique et, si on l'est, on a alors une base philosophique, on ne peut pas prendre seulement les éléments qui nous intéressent.

La tradition existe depuis si longtemps maintenant, et les Églises sont tellement grosses, que toute tentative visant à modifier quoi que ce soit équivaut à essayer de renverser un navire de guerre. Ça prend du temps avant de changer les mentalités. Cependant, je pense que les changements sont en train de se produire chez les fidèles, chez les paroissiens.

La plupart des grandes religions ont tendance à oublier que la vie sur terre n'est pas la seule vie qui existe, et qu'elle dépasse le caractère sacré que la Bible lui confère. Cela devient une superstition en soi dans le sens où, si les poumons et le cœur sont encore en fonction, la vie revêt un caractère inviolable. À mon avis, cela frise la superstition.

[Texte]

There is also the great awe related to medical technology. We keep hoping that next week there will be some good news instead of bad. Margarine now kills. Maybe next week broccoli will help give us longer life. There is faith that, at the end, there will be some painless solution to everyone's end.

I have heard it said that 90 per cent of pain can be controlled, 10 per cent cannot. Since I am not a doctor, I do not know how much reliance to place on those statistics. I have, however, a lot of firsthand experience in hospitals and in old people's homes, and I would say that ministers and nurses spend more time with people in their final hours or final weeks than doctors. Death is a defeat for many doctors, and as such, they do not spend a lot of time with the dying. During our visits we see a lot of pain. This may be because technology is not being used properly.

I have seen doctors chase pain. Relatives of the ill person trust the doctor and very seldom ask that another doctor be called in. They think there is no way to escape the screaming they must listen to.

You heard testimony to the effect that depression is the reason for most people's request to die. I deal with many people in old people's homes. They quite lucidly want to die. They are not depressed. They have an accurate assessment of the situation. Maybe they come under some clinical definition of depression.

These people await death in little anti-rooms. Whatever we may call them, they are, nonetheless, waiting rooms to die. I am not saying they are uncomfortable or badly furnished. As a matter of fact, in Stratford, we have one of the nicest ones I have ever seen anywhere in the country. The staff care about the people in their care and they try to keep them involved in life by gathering them around to sing little songs, they learn crafts, and they are sometimes called by odd names. However, these institutions are still waiting rooms to die, and the people who live in them are quite lucidly and maturely anxious to go.

Many of them have no family or friends who visit them to offer support. They have outlived them all. They live in dread of losing further capacities. For one man who worked for years in the Ontario government, his moment of dread will be when he cannot go to the bathroom by himself. That is when he wants to die. He is a lucid man. He is not moping. Depression is part of facing the human situation. It cannot always be treated. Often there are good reasons for depression.

We have heard much about the slippery-slope argument. The question of volition is the key one, of course. Even if a person does indicate his desires by some living will — and it is beyond me to know how best to draw these up to include all safeguards — I know there is not a single piece of human legislation or a single human effort that does not have the potential for being

[Translation]

En outre, il faut tenir compte de l'émerveillement que suscite la technologie médicale. On espère toujours que la semaine prochaine, on aura une bonne nouvelle au lieu d'une mauvaise. On dit maintenant que la margarine est nocive. La semaine prochaine, peut-être, le brocoli va permettre de prolonger la vie. On croit, tout compte fait, qu'on arrivera à trouver une solution douce pour tout le monde.

J'ai entendu dire qu'on pouvait contrôler 90 p. 100 de la douleur, mais pas 10 p. 100. Comme je ne suis pas médecin, je ne sais pas quelle confiance accorder à ces statistiques. Cependant, j'ai beaucoup d'expérience directe dans les hôpitaux et dans les foyers pour personnes âgées, et je dirais que les ministres du culte et les infirmières passent plus de temps avec les gens au cours de leurs dernières heures ou des dernières semaines que les médecins. La mort, c'est une défaite pour de nombreux médecins, et en tant que tels, ils ne passent pas beaucoup de temps avec le mourant. Durant nos visites, nous voyons beaucoup de douleur. Et cela peut-être parce que la technologie n'est pas utilisée comme elle devrait l'être.

J'ai vu des médecins faire disparaître la douleur. Les parents de la personne malade font confiance au médecin et rarement vont-ils demander à un autre médecin d'intervenir. Selon eux, il n'y a pas moyen d'échapper aux cris qu'ils doivent supporter.

Certains témoins vous ont dit que la dépression est la raison pour laquelle la plupart des gens demandent à mourir. Je vois beaucoup de personnes dans les foyers pour personnes âgées. Ces gens-là, tout à fait lucidement, veulent mourir. Ils ne sont pas déprimés. Ils font une bonne évaluation de la situation. Peut-être pourrait-on les inclure dans la définition clinique de la dépression.

Ces gens attendent la mort dans de petites antichambres. Qu'on les appelle comme on voudra, ce sont néanmoins des salles d'attente de la mort. Je ne dis pas que ces pièces sont inconfortables ou mal meublées. Au fait, à Stratford, nous avons l'un des foyers les plus beaux que j'ai vus au pays. Le personnel s'occupe bien des gens et on essaie de les garder actifs en les réunissant pour chanter des petites chansons, on leur apprend l'artisanat, on les taquine. Cependant, ces établissements sont toujours des salles d'attente de la mort, et les gens qui y vivent ont hâte de mourir, et ce, en toute lucidité et maturité.

Beaucoup d'entre eux n'ont pas de famille ni d'amis qui viennent leur rendre visite pour leur donner leur soutien. Ils leur ont tous survécu. Ils vivent dans la peur de perdre d'autres capacités. Pour le monsieur qui a travaillé pendant des années au gouvernement ontarien, sa terreur, c'est lorsqu'il ne pourra plus aller à la salle de bain tout seul. C'est à ce moment-là qu'il veut mourir. C'est un homme lucide, ce n'est pas le genre à broyer du noir. La dépression fait partie de la vie humaine. Elle ne peut pas toujours être traitée. Souvent, une personne a de bonnes raisons d'être déprimée.

On a entendu beaucoup parler de l'argument de la dégradation. Bien sûr, la question de volonté est la question clé. Même si une personne fait part de ses volontés dans un testament biologique — et ce n'est pas à moi de décider quelles garanties il est préférable d'y mettre — je sais qu'il n'existe aucune loi humaine ni aucun effort fait par un humain qui ne risque d'avoir des lacunes ou

[Text]

flawed or twisted. The drawing up of a perfect document or a perfect piece of legislation is impossible for any government, even the Canadian government.

When the volition is there, and the will has been written, then there is no imposition. There is no selection of people to get rid of. To my way of thinking, it is a purely voluntary decision, an option a person can choose.

Treatable depression can be assessed, but I am thinking of depression as it happens more toward the end of life.

I wish you could go with me to some of the senior citizens' homes. Although we have good ones, some of them are, in spite of the best efforts, a sampling of hell.

When requested, I see euthanasia as a positive Christian act; a moral act, not something that must be apologized for. "Blessed are the merciful for they shall obtain mercy" weighs far more with me than the intense effort of saying that life and suffering teaches us something. Suffering does teach us something, but there comes a time when there is no more to be learned by the patient or by the people who love the patient.

God is not a sadist. The God I know does not teach that way.

Most of the seniors I talk to and who talk frankly to me are in favour of changes in this law to allow doctors to do, with good conscience, what some of them do now anyway by not hurrying.

There is such a thing as terrible pain when there is no physical agony. I can think of one lady of great dignity, 91 years old, who was a great dresser. She made all the other ladies in the old people's home really mad at her because she dressed so well. Her biggest fear was indignity.

She had a stroke that took away most of her capacities. She spent the last four or five weeks worrying about the x-ray technicians seeing her naked. There was great distress of mind and body, quite unnecessarily.

I could, in good Christian conscience, be in attendance with a doctor. Doctors should not be forced into performing euthanasia. More than one doctor should be involved in any consultation. I could be with that doctor when it happened, with the patient's knowledge of when it was going to happen, with people around that patient saying goodbyes. I could give communion to the doctor, to the family and the patient, if they could take it. I could do that in good conscience.

There are many other points I wish to make a rejoinder to, but, since it is late, I will not.

[Traduction]

d'être contourné. Il est impossible pour tout gouvernement, même pour le gouvernement canadien, de rédiger un document parfait ou une mesure législative parfaite.

Lorsque la volonté est là, et que le testament a été rédigé, on n'impose alors rien à personne, on ne décide pas de telle ou telle catégorie de personnes dont il faut se débarrasser. À mon avis, il s'agit d'une décision purement volontaire, un choix que la personne peut faire.

On peut décider qu'il s'agit d'une dépression qui est traitable, mais je pense à la dépression qui se produit davantage à la fin de la vie.

J'aimerais bien que vous puissiez venir avec moi dans certains foyers pour personnes âgées. Même s'il y en a de très bons, certains d'entre eux, en dépit de tous les efforts, sont un véritable enfer.

Quand la personne la demande, je considère que l'euthanasie est un acte chrétien positif, un acte moral, non pas quelque chose dont on doit s'excuser. «Heureux les bienheureux car ils verront le royaume des cieux», voilà un enseignement qui me rejoint beaucoup plus que les efforts intenses que l'on fait pour tirer quelque enseignement que ce soit de la souffrance et de la vie. La souffrance nous enseigne effectivement quelque chose, mais vient un moment où le patient n'a plus rien à en tirer ni les personnes qui aiment ce patient.

Dieu n'est pas un sadique. Ce ne sont pas les enseignements que nous donne le Dieu que je connais.

La plupart des personnes âgées avec qui je parle et qui me parlent souvent en toute franchise sont en faveur de changements à cette loi afin de permettre aux médecins de faire, en leur âme et conscience, ce que certains d'entre eux font de toute façon maintenant en ne précipitant rien.

La douleur peut être très intense même s'il n'y a pas d'agonie physique. Je pense à cette dame de 91 ans, d'une grande dignité, qui était toujours tirée à quatre épingles. Elle enrageait toutes les autres femmes du foyer parce qu'elle s'habillait tellement bien. Sa plus grande peur, c'était le manque de dignité.

Elle a été victime d'une paralysie qui lui a presque enlevé toutes ses capacités. Elle a passé les quatre ou cinq dernières semaines de sa vie à s'inquiéter du fait que les techniciens des radiographies la verraient nue. Elle a subi une grande détresse, tant dans son âme que dans son corps, et cela de façon tout à fait inutile.

En mon âme et conscience de chrétien, je serais prêt à assister un médecin. Les médecins ne devraient pas être forcés de pratiquer l'euthanasie. Dans toute consultation, il faudrait faire appel à plus d'un médecin. Je pourrais être avec ce médecin lorsque cela se produirait, le patient sachant quand cela va se produire, les gens autour étant là pour dire adieu à la personne. Je pourrais donner la communion au médecin, à la famille et au patient, s'ils le souhaitent. J'agis en mon âme et conscience.

J'aimerais aborder beaucoup d'autres points, mais comme il est tard, je vais m'en abstenir.

[Texte]

I do want to make one comment relating to the quotation supporting the view of the leader of the Conservative Party in British Columbia. I lived in British Columbia for some time, and my experience was that you could hear quite a fruit salad of quotations from British Columbian politicians.

Senator Keon: Reverend Dickey, I thoroughly enjoyed your presentation, perhaps more than any of the others I have listened to.

There are areas of this issue that concern me because, in my professional career, I, like you, have watched many people die. I do not think I have ever watched anyone who has enjoyed it. I have watched many of them with apprehension because people on the periphery sometimes try to hurry them along.

The segment of the population you refer to have lived full lives and have come to a point in life where they have lost their freedom. Consequently, they feel they have lost their dignity, and that is a very sad situation. I do not know the answer to that dilemma as it relates to Canada where we are becoming so socialized in those areas.

The truth is that if the old lady you referred to had just kept a good, big bottle of Scotch in her room and took it all in one night, she would have been gone. She would not have needed anyone to help her. She could have quite enjoyed the way out.

Mr. Dickey: She and I talked about that, as a matter of fact. She liked Scotch.

Senator Keon: What concerns me is the amount of time we sit around discussing these issues. I was doing this for a long time before I came to the Senate, and now I can have the benefit of the experience of all these people around me. However, although I have little experience in this arena, in the profession of medicine, I sat around tables listening to this debate for a very long time. One side of the table would be arguing about how we can keep people alive by sticking tubes in them and feeding them intravenously; the other side of the table would be arguing about how we could do them in yet keep our licence to practice medicine, nursing, and so forth. The people you are describing are sitting on the outside and are really unable to participate in this debate because they have lost their freedom.

Mr. Dickey: True.

Senator Keon: If they had their freedom in the old people's homes, they would not need anyone to help them along. The people you describe have lost everything. They cannot even squirrel away a few pills in a drawer to take on the appropriate night, their Scotch, or whatever. They cannot even turn away from their food trays.

I do not know that we are looking at the right issue here.

Mr. Dickey: The Hippocratic Oath was mentioned earlier. Correct me if I am wrong, but one of the first principles of medicine is to do no further harm. The way many of these people are treated in crisis situations in hospitals, further harm is

[Translation]

Cependant, j'aimerais faire une observation concernant la citation du chef du Parti conservateur de la Colombie-Britannique. J'ai vécu en Colombie-Britannique pendant un certain temps, et d'après mon expérience, on entendait toutes sortes de citations provenant de politiciens de la Colombie-Britannique.

Le sénateur Keon: Révérend Dickey, j'ai vraiment aimé votre exposé, peut-être plus que tous les autres que j'ai entendus.

Certaines questions me préoccupent parce que, dans ma carrière professionnelle, tout comme vous, j'ai vu beaucoup de gens mourir. Je ne crois pas avoir vu personne qui était heureux de mourir. J'ai vu beaucoup de personnes anxieuses parce que les gens autour d'elles essayaient parfois de les presser de partir.

Ces personnes âgées dont vous parlez ont vécu leur vie et elles sont rendues à un point où elles ont perdu leur liberté. Par conséquent, elles ont l'impression d'avoir perdu leur dignité et c'est une situation qui est très triste. Je n'ai pas la réponse à ce dilemme en ce qui concerne le Canada où certains secteurs sont de plus en plus socialisés.

La vérité est que si la vieille dame dont vous avez parlé avait gardé une bonne grosse bouteille de scotch dans sa chambre et qu'elle avait avalé tout ce scotch en une nuit, elle serait partie. Elle n'aurait pas eu besoin de personne pour l'aider. Les choses se seraient très bien passées.

M. Dickey: Au fait, nous en avons parlé ensemble. Elle aimait le scotch.

Le sénateur Keon: Ce qui m'inquiète, c'est tout le temps que nous passons à discuter de ces questions. Je l'ai fait pendant un certain temps avant de venir au Sénat, et maintenant, j'ai l'avantage de profiter de l'expérience des personnes autour de moi. Cependant, bien que j'aie peu d'expérience dans ce domaine, en tant que médecin, j'ai assisté à ce débat pendant longtemps. D'un côté de la table, certains prétendaient que nous devons garder les gens en vie en les intubant et en les nourrissant par intraveineuse, alors que de l'autre côté, on proposait des moyens de les laisser partir tout en conservant son permis de médecin, d'infirmière et ainsi de suite. Les gens que vous décrivez sont des spectateurs, ils sont véritablement incapables de participer à ce débat parce qu'ils ont perdu leur liberté.

M. Dickey: C'est vrai.

Le sénateur Keon: S'ils avaient encore cette liberté dans les foyers pour personnes âgées, il n'auraient pas besoin de personne pour les aider à mourir. Les gens que vous décrivez ont tout perdu. Ils ne peuvent même pas cacher quelques petites pilules dans un tiroir qu'ils pourraient prendre au moment approprié, ou encore leur scotch ou n'importe quoi d'autre. Ils ne peuvent même pas renvoyer leur plateau de nourriture.

Je ne sais pas si nous nous attaquons aux bons problèmes aujourd'hui.

M. Dickey: On a parlé plus tôt du serment d'Hippocrate. Corrigez-moi si j'ai tort, mais l'un des grands principes de la médecine, c'est de ne pas accroître le mal. La façon dont nombre de ces personnes sont traitées en situation de crise dans un hôpital,

[Text]

being done, even though that is not the intent. The depth of misery, whether psychological or physical, increases. That cannot be what doctors on either side of the table want — the doctors I have known, anyway.

We are talking about doing them in or keeping them alive. Getting into philosophy, what we have to ask is this: What harm are we doing to them and how are they feeling?

I quite agree with your comments about the degree of freedom. I agree with what was said earlier about more palliative care, which would help a great deal as well. I am not opposed to that.

One other thing that bothered me was the girl who asked for assisted suicide in Holland. She had been treated for anorexia nervosa for 15 years. She was 25 years old when euthanasia was finally administered to her. She weighed 83 pounds. A series of psychiatrists treated her for 15 years, without success. She asked for euthanasia.

I mention that case because as good as medicine is, some ailments are not treatable.

Senator Lavoie-Roux: I thought I heard you say that assisted suicide must be permitted the same way as people who cannot commit suicide themselves are not —

Mr. Dickey: Like Sue Rodriguez?

Senator Lavoie-Roux: Yes.

Mr. Dickey: I supported her request to be assisted to die.

Senator Lavoie-Roux: On the basis that people can commit suicide themselves?

Mr. Dickey: No, on the basis, in her case, that it was the merciful thing to do and she was lucid enough to know what she was asking for.

Senator Lavoie-Roux: I must be confusing your position with that taken in another brief.

You state on page 3 of your brief:

When the dying process has irrevocably begun, or rather, when it has been irrevocably accelerated...I see no ethical or moral compunction to do nothing but let nature unwind what is left of that life until the end, however painful, sad, or even sordid. In these instances we are outside the realm of "suicide."

No one believes that we should let people suffer and not relieve the pain.

Mr. Dickey: I wish that were the case, senator. I have heard people, even medical people, say that a patient has cancer, they will die in two weeks but we have to let them go, we cannot hurry the process. We cannot give them more morphine than they can take and put them to sleep. Every last little nuance of the illness has to play itself out until death comes, and everyone knows there will be no alternative.

[Traduction]

cela leur fait encore plus mal, même si ce n'est pas le but visé. La profondeur de la misère, qu'elle soit psychologique ou physique, s'accroît. Ça ne peut pas être ce que les médecins des deux clans veulent, les médecins que je connais, de toute façon.

Nous parlons ici de les aider à mourir ou de les garder en vie. Sur le plan philosophique, nous devons nous poser la question suivante: quels torts leur faisons-nous et comment ces personnes se sentent-elles?

Je suis tout à fait d'accord avec vous sur le degré de liberté. Je suis d'accord avec les gens qui ont parlé tout à l'heure d'une augmentation des soins palliatifs, qui seraient très utiles aussi. Je ne suis pas opposé à cela.

Une autre chose qui m'a dérangé, c'est l'histoire de cette fille qui a demandé le suicide assisté en Hollande. On la traitait pour anorexie depuis quinze ans. Elle avait 25 ans lorsqu'on l'a finalement euthanasiée. Elle pesait 83 livres. Toute une série de psychiatres l'ont traitée pendant quinze ans, sans succès. Elle a demandé à être euthanasiée.

Je mentionne cette cause parce que, aussi efficace que soit la médecine, il faut reconnaître que certaines maladies ne sont pas traitables.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je croyais vous avoir entendu dire que le suicide assisté doit être permis tout comme certaines personnes qui ne peuvent pas se suicider...

M. Dickey: Comme Sue Rodriguez?

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui.

M. Dickey: J'étais d'accord pour qu'on l'aide à mourir.

Le sénateur Lavoie-Roux: En supposant que les gens peuvent se suicider eux-mêmes?

M. Dickey: Non, dans son cas, je crois que c'était la meilleure chose à faire et qu'elle était suffisamment lucide pour savoir ce qu'elle demandait.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je dois mêler votre position avec celle que j'ai vue dans un autre mémoire.

En page 3 de votre mémoire, vous dites ceci:

Lorsque le processus de la mort est irrévocablement engagé, ou plutôt, lorsqu'il est irrévocablement accéléré... je ne vois aucune obligation éthique ou morale de faire quoi que ce soit, sauf de laisser la nature suivre son cours jusqu'à la fin, aussi douloureux, triste, voire sordide que ce soit. Dans ces cas, il ne s'agit pas du «suicide».

Personne ne croit qu'on doit laisser les gens souffrir sans leur enlever la douleur.

M. Dickey: J'aimerais bien que ce soit le cas, sénateur. J'ai entendu des gens dire, même des gens du corps médical, qu'un patient a le cancer, il va mourir dans deux semaines, mais qu'on le laisse aller, on ne peut accélérer le processus. On disait qu'on ne pouvait lui donner plus de morphine qu'il ne pouvait en prendre pour l'endormir. Chaque petite nuance de la maladie doit être permise jusqu'à ce que vienne la mort, et tout le monde sait qu'il n'y aura pas de solution de rechange.

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: I do not think it is the common practice today. We have heard here that even the palliative care people want to relieve pain. They have admitted that some people do not know how to relieve pain and that more training is needed. No one has appeared before the committee and stated that, no matter how painful it was, we should let patients suffer; the old story that if you suffered more perhaps heaven would be better for you.

Mr. Dickey: I know that story. In the last six years I have seen a patient in agony, at least crying out so that I assumed he was in agony, yet the and doctors were not administering pain killers because they were afraid he would become addicted. This was an 83-year-old man. I have been in a patient's room and seen that happen with my own eyes. I am not trying to defame the medical profession, but I could swear to that as a fact.

Senator Keon: You are right.

Senator Lavoie-Roux: I think it is less and less the practice.

Mr. Dickey: I sincerely hope so. I switched doctors because of what I had seen.

Senator Lavoie-Roux: If one wants to have a happy death —

Mr. Dickey: Do it with a bottle of scotch. I like the senator's suggestion.

Senator Beaudoin: I understand that you strongly disagree with the psychiatrist who stated that persons who commit suicide are persons who are depressed. I do not know what the truth is. You state that a perfectly sane person may commit suicide?

Mr. Dickey: I think a person can be sane and depressed at the same time. There are some conditions that are not treatable. A person can be depressed for perfectly sane, logical and good reasons. By removing that depression, chemically or otherwise, the reality of their existence is distorted and it is replaced by an artificial creation. The reality would make anyone depressed; and in certain circumstances, it is natural to be depressed, it is how one copes with the depression that matters. To say that someone is depressed can be helped with Prozac or psychotherapy, ignores the fact there are often justifiable reasons for depression.

When I was in the far north I trained 108 Telecare workers, telephone distress suicide workers, as well as doing much of the back-up myself. Sometimes I believe that suicide comes out of a rational moment. I would like to talk the person out of it, but they do make that decision in a sane moment.

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Je ne crois pas que ce soit pratique courante aujourd'hui. Nous avons entendu des gens ici dire que même les personnes affectées aux soins palliatifs veulent enlever la douleur. On a reconnu que certaines personnes ne savent pas comment le faire et qu'on a besoin d'une meilleure formation. Personne n'a comparu devant le Comité et dit que, aussi douloureux que cela puisse être, nous devrions laisser les patients souffrir. Personne n'a soulevé cette vieille croyance selon laquelle plus vous souffrez, plus les portes du ciel vous seront grandes ouvertes.

M. Dickey: Je connais cette histoire. Au cours des six dernières années, j'ai vu un patient à l'agonie. Il criait tellement qu'à tout le moins j'ai supposé qu'il était à l'agonie, et pourtant les médecins ne lui donnaient aucun anti-douleur parce qu'ils avaient peur qu'il devienne accoutumé. C'était un homme de 83 ans. J'ai été dans la chambre de ce patient et j'ai vu cela de mes yeux vu. Je n'essaie pas ici de démolir le corps médical, mais je peux vous jurer que c'est ce que j'ai vu.

Le sénateur Keon: Vous avez raison.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais je crois que c'est une pratique qui est de moins en moins courante.

M. Dickey: J'espère sincèrement. J'ai changé de médecin à cause de ce que j'avais vu.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si quelqu'un veut avoir une mort heureuse...

M. Dickey: Qu'il prenne une bouteille de scotch. J'aime bien la suggestion du sénateur.

Le sénateur Beaudoin: Je crois comprendre que vous n'êtes pas du tout d'accord avec le psychiatre selon qui les personnes qui se suicident sont des personnes qui sont déprimées. Je ne sais pas où se trouve la vérité. Vous dites qu'une personne parfaitement saine d'esprit peut se suicider?

M. Dickey: À mon avis, une personne peut être saine d'esprit et déprimée en même temps. Certaines maladies ne sont pas traitables. Une personne peut être déprimée pour des raisons tout à fait normales, logiques et valables. Si on traite cette dépression, à l'aide de produits chimiques ou autrement, la réalité de son existence est perturbée et elle est remplacée par une création artificielle. La réalité rendrait n'importe qui déprimé, et dans certaines circonstances, c'est naturel d'être déprimé. Ce qui importe, c'est la façon dont on compose avec la dépression. Dire que l'on peut aider quelqu'un qui est déprimé avec du Prozac ou de la psychothérapie, c'est ne pas tenir compte du fait qu'il y a souvent des raisons qui justifient la dépression.

Lorsque j'étais dans le Grand Nord, j'ai formé 108 travailleurs de Télébonjour, des travailleurs qui répondaient à des appels de détresse de suicidaires, et j'y ai travaillé moi aussi. Parfois, je crois que le suicide se produit à un moment de rationalité. J'aimerais bien convaincre la personne de ne pas le faire, mais je pense que cette décision est prise dans un moment où la personne est saine d'esprit.

[Text]

Senator Beaudoin: Yes, I understand that. You have stated that a person may be sane and depressed at the same time because of certain circumstances.

Mr. Dickey: Yes.

Senator Beaudoin: Can a person commit suicide without being depressed? I do not know the answer.

Mr. Dickey: It depends on one's definition of "depressed". I have been accused of being a cynic and a pessimist and sometimes that is mistaken for depression. An accurate assessment can be interpreted as being depression. I do not know what the score is tonight, whether the Rangers are beating the Canucks or the Canucks are beating the Rangers 12 - 1 in the third period, but if the losing team is depressed after the game, that would be a pretty realistic situation.

Senator Beaudoin: Yes, but to commit suicide because of a hockey score is a bit extreme, is it not?

Mr. Dickey: Some Canadiens' fans feel almost that strongly.

Senator Beaudoin: Their reasoning is based on that. They say a person who commits suicide is a person who is depressed?

Mr. Dickey: Yes.

Senator Beaudoin: And then they say that the remedy is not to help another person who wishes to commit suicide but to combat or to fight the depression. Is it another philosophy?

Mr. Dickey: Yes. I think the doctor underestimated the aesthetic reasons, too, such as the depression that comes from not being able to write. John Barryman, a great American poet, jumped off a bridge in Minneapolis after battling alcohol. I think he knew what he was doing. I also think Hemingway knew what he was doing. All the drugs and treatment in the world would not have changed Hemingway's mind.

This is not to disparage the treatment of depression. This is not to say that people who are depressed should not get help; but not everything is curable.

Senator Beaudoin: When we say 90 per cent or 95 per cent, there are still some persons who cannot be cured.

Mr. Dickey: Yes, whatever the percentage is.

Senator Beaudoin: A certain percentage.

Mr. Dickey: Yes.

Senator Beaudoin: Your theory is that, if a person clearly expresses the will to die, then we should allow that person to die?

Mr. Dickey: Yes, that is correct, senator.

Senator Beaudoin: Not "to allow" them but to help them?

Mr. Dickey: Help them, yes, if necessary.

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Oui, je comprends cela. Vous avez dit qu'une personne peut être saine d'esprit et déprimée en même temps à cause de certaines circonstances.

M. Dickey: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Est-ce qu'une personne peut se suicider sans être déprimée? Je ne connais pas la réponse.

M. Dickey: Cela dépend de la définition qu'on donne d'une personne «déprimée». On m'a accusé d'être cynique et pessimiste, alléguant même parfois que j'étais déprimé. Quelqu'un qui ferait une évaluation précise pourrait interpréter cela comme de la dépression. Je ne sais pas où on en est rendu ce soir, si les Rangers sont en train de battre les Canucks, ou si les Canucks battent les Rangers, 12 à 1 à la troisième période. Mais si l'équipe perdante est déprimée après le match, ce serait là une situation tout à fait réaliste.

Le sénateur Beaudoin: Oui, mais se suicider à cause du résultat d'un match de hockey est un peu extrême, ne croyez-vous pas?

M. Dickey: Certains fans des Canadiens vont presque jusque là.

Le sénateur Beaudoin: Le raisonnement est basé là-dessus. On dit qu'une personne qui se suicide est une personne qui est déprimée?

M. Dickey: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Et on dit ensuite que le remède n'est pas d'aider une autre personne qui souhaite se suicider à le faire, mais de combattre la dépression. Est-ce là une autre philosophie?

M. Dickey: Oui. Je crois que le médecin a sous-estimé les raisons esthétiques aussi, comme la dépression venant du fait de ne pas être capable d'écrire. John Barryman, un grand poète américain, s'est jeté en bas d'un pont à Minneapolis après avoir combattu un problème d'alcoolisme. Je crois qu'il savait ce qu'il faisait. Je pense aussi qu'Hemingway savait ce qu'il faisait. Toutes les drogues et tous les traitements au monde n'auraient pas pu le faire changer d'idée.

Je ne veux pas non plus dénigrer le traitement de la dépression. Je ne veux pas dire que les gens qui sont déprimés ne devraient pas avoir d'aide, mais toute maladie n'est pas curable.

Le sénateur Beaudoin: Lorsqu'on dit 90 ou 95 p. 100, il y a encore quelques personnes qui ne peuvent être guéries.

M. Dickey: Oui, peu importe le pourcentage.

Le sénateur Beaudoin: Un certain pourcentage.

M. Dickey: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Selon votre théorie, si une personne exprime clairement le désir de mourir, on devrait la laisser mourir?

M. Dickey: Oui, c'est juste, sénateur.

Le sénateur Beaudoin: Non pas «lui permettre» de mourir, mais l'aider à mourir?

M. Dickey: Oui, l'aider à mourir, si nécessaire.

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: Not under any circumstances?

Mr. Dickey: No.

Senator Beaudoin: No. Is it one per cent of the cases?

Mr. Dickey: That is what I am most concerned about, senator, yes. They need not be in physical agony. They can be lying in bed, lucid, with tubes all over, diapered, people of great dignity all their lives, eating the equivalent of mush, if they are eating anything at all, and that is the prospect for the next long while. That is another type of pain that needs to be addressed. It is not just physical pain.

The Chairman: Reverend Dickey, thank you very much. We are delighted to have had you here tonight. You gave us another very interesting perspective.

Our final witness for tonight is Mr. Trevor Banks of the Humanist Association of Canada.

Mr. Trevor Banks, Humanist Association of Canada: I thank you very much for giving our association this opportunity to appear before your committee.

I am tempted to get into the discussion that has been going on already, but if you will bear with me I will stick to my script. If I may be permitted 15 minutes, I would like to reinforce the discrimination aspect of assisted suicide and make one or two points which are pertinent to what has been said tonight.

The submission will argue for the legalization of assisted suicide on request. Because euthanasia is such a complex subject, we have decided to limit our discussion to assisted suicide in the hope that there is a better chance for some type of agreement.

First, I would like to briefly summarize the argument. A petitioner for assisted suicide should have the same rights as persons who are capable of taking their own lives. Suicide is legal in Canada. Even so, there are some who object to suicide on what they call "moral grounds".

Moral arguments for or against the right to commit suicide are necessarily theoretical. In reality, however, this right cannot be withheld from those who are capable of the act. The right to suicide, therefore, can be regarded as an absolute or *de facto* right. It is probably the only right we have.

Withholding this right from those who are for some reason unable to perform the act themselves is discriminatory in that it denies to the incapable few a right that cannot be denied to the capable many.

A person who commits suicide does not have to give reasons for the act or fulfil any conditions. Therefore, a person who requests assisted suicide should not have to give reasons or fulfil conditions. All reasonable safeguards against the possibility of abuse of legalizing assisted suicide on request should be applied. However, one cannot eliminate every possibility of the abuse of a

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais pas dans n'importe quelle circonstance?

M. Dickey: Non.

Le sénateur Beaudoin: Non. Est-ce que c'est 1 p. 100 des cas?

M. Dickey: C'est ce qui m'inquiète le plus, sénateur, oui. Les gens n'ont pas besoin d'être à l'agonie. Un malade peut être dans son lit, lucide, plein de tubes, être aux couches, il peut s'agir de gens qui ont eu une grande dignité toute leur vie, qui mangent des purées, s'il s'en trouve, et qui sont face à cette perspective pour un bon bout de temps. C'est là un autre type de douleur dont il faut s'occuper. Ce n'est pas seulement de la douleur physique.

La présidente: Révérend Dickey, je vous remercie beaucoup. Nous sommes heureux de vous avoir eu avec nous ce soir. Vous nous avez donné une autre perspective très intéressante.

Notre dernier témoin ce soir est M. Trevor Banks, de l'Association des humanistes du Canada.

M. Trevor Banks, Association des humanistes du Canada: Je vous remercie beaucoup d'avoir permis à notre association de comparaître devant votre Comité.

Je suis tenté d'entrer dans la discussion qui se poursuivait, mais si vous me le permettez, je vais m'en tenir à mon texte. Si on me donne 15 minutes, j'aimerais insister à nouveau sur l'aspect discriminatoire du suicide assisté et soulever une ou deux questions qui sont pertinentes à ce qui a été dit ce soir.

Notre mémoire porte sur la légalisation du suicide assisté sur demande. Comme l'euthanasie est une question tellement complexe, nous avons décidé de nous limiter au suicide assisté dans l'espoir d'avoir une meilleure chance de trouver un terrain d'entente.

D'abord, j'aimerais résumer brièvement l'argument. La personne qui demande le suicide assisté devrait avoir les mêmes droits que la personne qui est capable de s'enlever la vie elle-mêmes. Le suicide est légal au Canada. Même là, certains s'opposent au suicide en invoquant ce qu'ils appellent des «motifs d'ordre moral».

Les arguments d'ordre moral en faveur ou contre le droit au suicide sont nécessairement théoriques. En réalité cependant, ce droit ne peut être dénié à ceux qui sont capables de commettre l'acte de suicide comme tel. Le droit au suicide peut donc être considéré comme un droit absolu ou *de facto*. C'est probablement le seul droit que nous avons.

Priver de ce droit les personnes qui, pour une raison ou pour une autre, sont incapables de commettre elles-mêmes l'acte du suicide est discriminatoire, en ce sens qu'il prive les quelques personnes incapables d'un droit qui ne peut être dénié aux nombreuses autres qui sont capables de l'exercer.

Une personne qui se suicide n'a pas à donner de raisons pour justifier son geste ni à respecter certaines conditions. Par conséquent, une personne qui demande le suicide assisté ne devrait pas avoir besoin de donner des raisons ou de remplir des conditions. Toutes les garanties raisonnables contre la possibilité d'abus par suite de la légalisation du suicide assisté sur demande

[Text]

right or freedom without eliminating that freedom itself. Thus, no law can contain fully adequate safeguards against all possible consequences of its enactment.

In law and ethics, therefore, the inherent "justness" of any particular human right must be weighed against the risks that might be entailed in upholding that right.

This being the case, given all reasonable safeguards, the right of those who request assisted suicide not to be discriminated against because of their incapacity to commit the act themselves, should clearly outweigh the possibility of the undesirable consequences of legalizing assisted suicide on request.

Knowing that the ultimate solution to the very worst of life's problems lies in our own hands can make bearable the suffering and adversity that may afflict any one of us at any time. Withholding from Sue Rodriguez the right to choose her time to die was a denial of her human freedom and dignity. Now, as we honour her memory, the Humanist Association of Canada believes that no time could be more appropriate for Parliament to legalize assisted suicide.

Our position is that petitioners for assisted suicide should have the same rights as persons who are able to end their own lives. I will address three important issues. First, the moral objection to assisted suicide; second, the grounds on which assisted suicide should be permitted; and third, the safeguards against the abuse of legalizing assisted suicide. In connection with safeguards, I shall deal with the "slippery slope" objection.

As to the moral question, it seems clear that the right to end one's life lies outside the customary bounds of ethics. Rights in the ethical sense are matters not of fact but of opinion. The right to suicide, however, is a *de facto* right — that is, almost all of us have the capability to choose death if we should ever feel that it is a preferable alternative to a life that, for whatever reason, we find has become intolerable.

This being so, the question of the "rightness", or legality of assisted suicide, should be looked at in a less narrowly moralistic way. If a person who is capable of committing the act and has the means available to do so has thereby not only the legal but also the *de facto* right to commit suicide, then those who object to assisted suicide are obliged to admit that they are discriminating against those who do not have this capability.

We propose that any objection, ethical or legal, to a person's right to assisted suicide should be subject to a simple test: What would be the practical consequences if that objection were to be applied to self-inflicted suicide?

Such objections would include the contentions that suicide is sinful or immoral, or that it may harm others, including the state; or, as is often argued, as in the Sue Rodriguez case, because

[Traduction]

devraient s'appliquer. Cependant, on ne peut supprimer toutes les possibilités d'abus inhérentes à l'exercice d'un droit ou d'une liberté sans supprimer le droit ou la liberté même. Ainsi, aucune loi ne peut contenir suffisamment de garanties contre toutes les conséquences possibles découlant de son application.

En droit et en déontologie, par conséquent, la «pertinence» inhérente de tout droit humain doit être évaluée au regard des risques que suppose l'exercice de ce droit.

Cela dit, compte tenu de toutes les garanties raisonnables, le droit des personnes qui demandent le suicide assisté de ne pas être victimes de discrimination en raison de leur incapacité de commettre l'acte elles-mêmes devrait, sans l'ombre d'un doute, avoir préséance sur toutes les possibilités de conséquences indésirables par suite de la légalisation du suicide assisté sur demande.

Savoir que la solution ultime aux problèmes les pires de notre vie repose entre nos mains peut rendre les souffrances supportables et toute adversité dont nous pourrions être victime un jour ou l'autre. Refuser à Sue Rodriguez le droit de choisir le moment de sa mort consistait à lui refuser l'exercice d'un droit à la liberté et à la dignité humaine. Aujourd'hui, nous honorons sa mémoire, et l'Association des humanistes du Canada croit que le Parlement ne pourrait être mieux en mesure de légaliser le suicide assisté que maintenant.

Nous estimons que la personne qui demande le suicide assisté devrait avoir le même droit que la personne qui est capable de mettre elle-même fin à ses jours. Je vais aborder trois questions importantes. Premièrement, l'objection morale au suicide assisté; deuxièmement, les motifs pour lesquels le suicide assisté devrait être permis et troisièmement, les garanties contre les abus de la légalisation du suicide assisté. En ce qui concerne les garanties, je vais aborder l'objection de la «dégradation».

En ce qui a trait à l'aspect moral, il semble évident que le droit de mettre fin à ses jours dépasse les frontières habituelles de l'éthique. Les droits, au sens moral, sont des questions de fait et non d'opinion. Le droit au suicide, cependant, est un droit *de facto*, c'est-à-dire que presque tout le monde a la capacité de choisir sa mort si un jour on estime que c'est là la solution préférable à une vie que, pour une raison ou pour une autre, l'on trouve intolérable.

Cela dit, la question de la «pertinence» ou de la légalité du suicide assisté devrait être envisagée d'une façon moins strictement moraliste. Si une personne qui est capable de se suicider et qui a les moyens de le faire a non seulement le droit légal mais le droit *de facto* de commettre le suicide, alors ceux qui s'opposent au suicide assisté doivent reconnaître que ceux qui sont privés de cette possibilité sont victimes de discrimination.

À notre avis, toute objection, qu'elle soit d'ordre éthique ou légal, au droit d'une personne au suicide assisté devrait être assujettie à un critère simple: quelles seraient les conséquences pratiques si cette objection était appliquée au suicide non assisté?

Certains s'opposent en prétendant que le suicide est un péché ou un acte immoral, qu'il peut nuire aux autres, y compris à l'État; encore, comme on le laisse souvent entendre, ce qui a été

[Texte]

people who are similarly incapacitated have found a way to accommodate or to triumph over their condition, assisted suicide would be an unjustified waste of human potential.

If applied to suicide, these arguments, regardless of any moral weight they may carry, can readily be seen to have no bearing on the *de facto* right every able person has to kill himself. That such persons can kill themselves is an undeniable fact.

In the case of suicide — assisted or otherwise — there is a clear and necessary distinction to be made between the supposed morality of an action and the individual's right to perform it. Codes of ethics or laws banning assisted suicide which fail to make this distinction are discriminatory. They deny to the incapable few a right that cannot be denied to the capable many. The right to assisted suicide, therefore, cannot be denied without violating a basic principle of our justice system — equity before the law.

Furthermore, assisted suicide on request can be justified on the same grounds. A suicide cannot be compelled to have, or to give, any reasons for committing the act. This being so, there can be no justification for subjecting any person requesting assisted suicide to subjective and arbitrarily defined and imposed conditions such as that the person should be undergoing insufferable pain, has an incurable disease, is terminally ill, or is mentally competent.

In Holland two-thirds of those who request assisted suicide — and this will surprise you — are refused. If a physician decides that the petitioner does not fit into some category such as the ones mentioned, the request is denied. But if the petitioner were given the same rights as a suicide, dissatisfaction with one's quality of life and a clearly expressed desire to die would be sufficient justification for assisted suicide.

So far I have dealt with the first two issues: The moral objection to assisted suicide and the grounds on which assisted suicide should be permitted. I shall now turn to the third issue: safeguards.

First, I want to stress a very important fact: Assisted suicide has several intrinsic advantages over self-inflicted suicide. Unlike suicide, it can never be a solitary act of desperation. It can never be an action taken precipitately without due reflection. There is always, or should be, an opportunity to discuss one's situation with medical personnel; if you are lucky, family and friends; and to receive and consider whatever advice, consolation, support and counselling is available.

The first safeguard is that all health care facilities should be required to provide, in addition to physical care, adequate psychological and emotional support for all patients, especially for those who are seriously ill or incapacitated.

[Translation]

particulièrement vrai dans le cas de Sue Rodriguez, parce que certaines personnes qui souffrent des mêmes incapacités ont trouvé un moyen de s'adapter à leur condition ou d'en triompher, le suicide assisté serait un gaspillage injustifié de potentiel humain.

Appliqués au suicide, on constate que ces arguments, peu importe le poids moral qu'ils aient, n'ont aucune conséquence sur le droit *de facto* dont jouit chaque personne capable de se tuer elle-même. Que ces personnes peuvent se tuer elles-mêmes est un fait indéniable.

Dans le cas du suicide, assisté ou autre, il faut établir une distinction claire entre la supposée moralité d'une action et le droit individuel de l'exécuter. Les codes de déontologie ou les droits interdisant le suicide assisté qui ne traduisent pas cette distinction sont discriminatoires. Ils refusent aux quelques personnes incapables un droit qui ne peut être refusé aux nombreuses autres personnes capables. Par conséquent, le droit au suicide assisté ne peut être dénié sans violer un principe fondamental de notre système judiciaire, c'est-à-dire l'égalité de tous devant la loi.

En outre, le suicide assisté sur demande peut être justifié pour les mêmes motifs. On ne peut demander à un suicidé de motiver son geste ni davantage l'y contraindre. Cela dit, rien ne justifie que l'on assujettisse une personne qui demande le suicide assisté à des conditions subjectives et arbitrairement définies et imposées, par exemple que la personne devrait être victime de douleur intolérable, d'une maladie incurable, en phase terminale ou mentalement compétente pour prendre sa décision.

En Hollande, deux tiers des personnes qui demandent le suicide assisté, et cela va vous surprendre, voient leur demande refusée. Si un médecin décide que la personne ne fait pas partie d'une des catégories qui ont été mentionnées, la demande est refusée. Mais si la personne se voyait accorder les mêmes droits que pour le suicidé, l'insatisfaction à l'égard de sa qualité de vie et un désir clairement exprimé de mourir constitueraient alors des motifs suffisants pour le suicide assisté.

J'ai abordé jusqu'à maintenant les deux premières questions: l'objection morale au suicide assisté et les motifs pour lesquels le suicide assisté devrait être permis. Je vais maintenant aborder la troisième, les garanties.

Premièrement, je tiens à souligner un facteur très important : le suicide assisté comporte plusieurs avantages intrinsèques par rapport au suicide non assisté. Contrairement au suicide non assisté, le suicide assisté ne peut jamais être un acte solitaire de désespoir. Il ne peut jamais être une action exécutée précipitamment sans réflexion. Il y a toujours, ou à tout le moins, il devrait y avoir, possibilité de discuter de la situation d'une personne avec le personnel médical; si vous êtes chanceux, avec de la famille et des amis. En outre, la personne peut recevoir des conseils, les prendre en considération, se voir consolée, appuyée, etc.

La première garantie, c'est que tous les établissements de santé devraient être tenus d'assurer, outre les soins physiques, un appui adéquat sur le plan psychologique et émotif à tous les patients, particulièrement à ceux qui sont gravement malades ou frappés d'incapacité.

[Text]

I want to make one thing clear: We do not agree with those who argue that the provision of adequate palliative care should be sufficient to alleviate any kind or degree of suffering and thus make assisted suicide unnecessary.

We believe that no one should be compelled by law or by the medical profession to suffer the indignities, humiliation and psychological and emotional torment of being sustained against their will by the modern medical marvels of drugs and gadgetry in a nightmarish parody of human life.

I will move on now to some other safeguards. Petitioners for assisted suicide should be conscious and able to affirm or reaffirm the desire to die at the time of death. The desire to terminate their life could be made in writing on audiotape or by some clearly recognizable signal. Independent witnesses should be present. It could be required that the petitioner must have made the same request on a number of previous occasions and have been counselled regarding the implications of his or her decision.

A physician who assists in the suicide could be required to document, in consultation with other medical personnel, the circumstances in which the petitioner came to ask for assistance in dying.

As a very important final safeguard, we suggest that, where possible, the mechanism causing the death should be such that the petitioner may trigger that mechanism themselves.

Ultimately, though, the decision to die and the time and manner of death should rest entirely with the petitioner. We believe that safeguards such as these would make the possibility of abuse extremely unlikely, which brings us inevitably to the "slippery slope" objection: the possibility of abuse or undesirable consequences.

How, for instance, can it be known for sure that the petitioner is acting freely, without coercion of any kind by medical personnel or others? Could any system of safeguards prevent all such possible uses? Probably not, for it must be recognized that, in all matter of rights and freedoms, even if all reasonable safeguards are applied, the possibility of some undesirable consequences has to be admitted.

The granting of rights and freedoms is never without risk. We could, for instance, save over four thousand lives a year in Canada by denying everybody the right to drive an automobile. All freedoms and rights entail the risk that they may lead to abuse or undesirable consequences either to the person exercising that right or to others. In fact, one cannot eliminate all possibility of the abuse of a freedom without eliminating that freedom itself.

The fact that there can be no freedom without risk means that no law can contain fully adequate safeguards against all possible adverse consequences of its enactment. In law and ethics, therefore, the inherent justness of any particular human right must

[Traduction]

Je tiens à préciser une chose: nous ne sommes pas d'accord avec ceux qui soutiennent que la prestation de bons soins palliatifs devrait être suffisante pour supprimer toute douleur et rendre ainsi inutile le suicide assisté.

À notre avis, personne ne devrait être obligé, en vertu de la loi ou par le corps médical, à subir l'indignité, l'humiliation et les tourments psychologiques et émotifs du maintien en vie contre sa volonté grâce aux merveilles de la médecine moderne, des drogues et des appareils sophistiqués, tout cela dans une parodie cauchemardesque de la vie humaine.

Je vais maintenant aborder d'autres garanties. Les personnes qui demandent le suicide assisté devraient être conscientes et être capables d'affirmer ou de réaffirmer leur désir de mourir au moment de leur mort. Le désir de mettre fin à sa vie pourrait être exprimé par écrit, sur vidéocassette ou grâce à un signal clairement identifiable. Des témoins indépendants devraient être présents. On pourrait exiger que la personne qui demande le suicide assisté ait présenté sa demande à quelques reprises auparavant et qu'elle ait été conseillée au sujet des conséquences de sa décision.

Le médecin qui assiste au suicide pourrait être tenu de documenter, de concert avec d'autres membres du personnel médical, les circonstances dans lesquelles la personne en est venue à demander son aide pour mourir.

Dernière garantie très importante: nous proposons que lorsque cela est possible, le mécanisme causant la mort devrait être tel que la personne puisse l'actionner elle-même.

Tout compte fait, la décision de mourir, le temps et la manière dont elle va mourir devraient être entièrement décidés par la personne qui présente la demande. Nous croyons que des garanties comme celles-là rendraient les possibilités d'abus extrêmement restreintes, ce qui nous amène inévitablement à l'objection de la «dégradation», c'est-à-dire la possibilité d'abus ou de conséquences indésirables.

Comment, par exemple, peut-on savoir avec certitude que la personne qui demande le suicide assisté agit librement, sans coercition de quelque sorte par le personnel médical ou d'autres personnes? Un système de garanties peut-il empêcher de tels abus possibles? Probablement pas, car, en matière de droits et de libertés, même si toutes les garanties raisonnables sont appliquées, il faut admettre la possibilité de certaines conséquences indésirables.

L'attribution de droits et de libertés ne se fait jamais sans risque. Par exemple, nous pourrions sauver plus de 4 000 vies au Canada en refusant à tout le monde le droit de conduire une automobile. Tous les droits et libertés comprennent ce risque qu'ils puissent mener à des abus ou avoir des conséquences indésirables, soit pour la personne qui exerce ce droit, soit pour les autres. En fait, on ne peut pas supprimer toutes les possibilités d'abus que présente une liberté sans supprimer cette liberté même.

Le fait qu'il ne peut y avoir aucune liberté sans risque signifie qu'aucune loi ne peut contenir des garanties tout à fait adéquates contre les conséquences négatives possibles de son application. En droit et en déontologie, la pertinence inhérente d'un droit

[Texte]

be weighed against the risks that might ensue if that right is upheld.

I have already shown the inherent unjustness of not allowing assisted suicide in that it discriminates against a desperate few who are unable to take their own lives.

I have also argued that, so long as all reasonable safeguards are in place, “slippery slope” objections can be ultimately sustained only at the expense of all freedoms and rights. If the right to assisted suicide were to be permitted the same absolute status as the *de facto* right to suicide, that right must outweigh the risk of undesirable consequences that might possibly still ensue despite the application of all reasonable safeguards.

I submit that the foregoing argument constitutes a sufficient justification for the legalization of assisted suicide on request. In any event, a law or a moral stance, which would deny to someone like Sue Rodriguez the right to die because, in some entirely different circumstances, a physician might kill a helpless patient who has been pressured into asking to have his or her life terminated, is difficult to uphold on rational or compassionate grounds.

Never has the injustice of applying the fallacy of the slippery slope to assisted suicide been so humanly and compellingly demonstrated as by Sue Rodriguez’ courageous and, one would hope, ultimately victorious fight for her rights and those of others in similarly pitiable predicaments.

Wherever it remains illegal, assisted suicide will nevertheless take place and, as with Sue Rodriguez, courageous humanitarian physicians and non-physicians will put themselves at risk of prosecution. No one should have to seek out someone prepared to risk the possibly devastating consequences of breaking the law in order to find release from a life that is to them no longer worth the living — a release that any one of us, presently more fortunate, might be thankful to embrace at some less auspicious time.

Senator Lavoie-Roux: Much of your argument in favour of the legalization of assisted suicide is based on the assumption that persons requesting assisted suicide should have the same rights as persons who are capable of taking their own lives. You develop this argument to the point where it, more or less, becomes a discrimination against people who cannot take their own lives. I am not sure that this argument holds, and I will tell you why I hold that point of view.

People do not have an absolute right to commit suicide. The best example, in my own family, or from among my relatives I should say, was a young boy of 18 or 19 who tried to commit suicide. His father arrived as he was going to jump from the balcony and stopped him. His liberty to commit suicide was not absolute. Suicide occurs because at the time a person commits suicide, there is nobody to prevent them from committing suicide. However, in most circumstances, anybody who witnesses a person about to commit suicide will try to prevent him or her from doing so.

[Translation]

humain particulier doit donc être évaluée au regard des risques qui pourraient se poser si ce droit est confirmé.

Je vous ai parlé de l’inéquité inhérente au fait de ne pas permettre le suicide assisté, une telle mesure étant discriminatoire à l’égard de quelques personnes qui sont désespérées et qui sont incapables de s’enlever la vie.

J’ai également parlé, dans la mesure où toutes les garanties raisonnables sont en place, des objections à la «dégradation» qui peut survenir seulement au détriment des droits et libertés. Si le droit au suicide assisté était considéré au même titre absolu que le droit *de facto* au suicide, ce droit doit avoir préséance sur les risques de conséquences indésirables susceptibles de se produire en dépit de l’application de toutes les garanties raisonnables.

À mon avis, cet argument constitue une justification suffisante pour permettre la légalisation du suicide assisté sur demande. De toute façon, une loi ou une position morale déniait à quelqu’un comme Sue Rodriguez le droit de mourir parce que, dans des circonstances tout à fait différentes, un médecin pourrait tuer un patient sans défense, lequel patient aurait subi des pressions pour qu’il mette fin à ses jours, est difficile à soutenir pour des motifs rationnels ou d’ordre humanitaire.

Jamais l’injustice de la fausseté de l’argument de la dégradation en matière de suicide assisté n’a-t-elle été démontrée de façon aussi humaine et marquante que dans le cas courageux de Sue Rodriguez et, on l’espère, dans sa victoire ultime pour ses droits et ceux des autres qui sont dans des situations déplorables semblables.

Tant et aussi longtemps qu’il demeurera illégal, le suicide assisté ne pourra pas être permis et, comme dans le cas de Sue Rodriguez, des médecins humanitaires courageux et d’autres personnes vont risquer d’être poursuivis en justice. Personne ne devrait demander à quelqu’un d’être prêt à risquer les conséquences potentiellement dévastatrices d’enfreindre la loi afin de se défaire d’une vie qu’on ne veut plus vivre, ce que, la plupart d’entre nous ici avons la chance de ne pas connaître.

Le sénateur Lavoie-Roux: Votre argumentation en faveur de la légalisation du suicide assisté repose principalement sur l’hypothèse voulant que les personnes qui demandent le suicide assisté devraient avoir les mêmes droits que celles qui sont capables de s’enlever la vie elles-mêmes. Vous développez votre argument au point où, on en vient plus ou moins à penser que le refus du suicide assisté est discriminatoire à l’égard des gens qui ne peuvent pas s’enlever la vie. Je ne suis pas sûre que cet argument tienne, et je vais vous dire pourquoi je pense ainsi.

Les gens n’ont pas un droit absolu au suicide. Le meilleur exemple que je puisse vous donner, dans ma propre famille, ou chez des parents devrais-je dire, est celui d’un jeune garçon de 18 ou 19 ans qui a essayé de se suicider. Son père est arrivé au moment où il allait se jeter du balcon et il l’a arrêté. Sa liberté de se suicider n’était pas absolue. Le suicide se produit parce qu’au moment où la personne commet son acte personne n’est là pour l’empêcher de le faire. Cependant, dans la plupart des cas, quiconque est témoin d’une personne qui veut se suicider va essayer de l’en empêcher.

[Text]

In Montreal, perhaps because we have so many bridges, like Jacques Cartier, it is not unusual to find someone trying to jump off one of the bridges. How many times have we seen someone pleading with the person attempting suicide and using all kinds of arguments to talk to him out of it?

It is not an absolute that we can commit suicide as we like. I think the argument is a little weak.

Mr. Banks: You are perfectly right, of course. If somebody prevents you from committing suicide, as in the case you cited, or if you are incarcerated, institutionalized, or hospitalized, and people prevent you from committing suicide, then of course you are not able to exercise that right which you would be able to if you were free.

My argument is based entirely on that. When you go into an institution, you are no longer free to exercise that right which we are all able to exercise if somebody does not stop us from doing it.

Senator Lavoie-Roux: You are right but to say that the person who is outside the institution or who is alone has an absolute freedom to commit suicide, I think that is restricted by many circumstances, including the intervention of others.

It is not an absolute right that people can commit suicide if they are not ill or not sick. Perhaps they are a bit unbalanced. The fact that people commit suicide just proves that society has been unable to, whether it be their family or their environment, support them enough.

Mr. Banks: You would agree that you would be able to commit suicide if somebody did not prevent you, if you wanted to. You do agree?

Senator Lavoie-Roux: Yes.

Mr. Banks: That is the only point I am making.

Senator Lavoie-Roux: I do not see it as an absolute right, or that it is discriminatory if you cannot do it yourself. You said that the granting of rights and freedoms is never without some risk. That is true. You said that we could, for instance, save over 4,000 lives annually in Canada by denying everyone the right to drive an automobile, but we live in a society where we are free to go to work or not to go to work. We can have accidents in our houses. I do not see the relationship between that statement and the freedom to have assisted suicide.

Mr. Banks: The right to drive is a right that most of us take for granted. Some people call it a privilege. If you pass a test and you obey the laws of the road you have a right to drive. As a result, 4,000 people die, but we do not really worry about that because we assume that that right is important enough for us to discard those 4,000 lives and all those injured. Do you see what I mean?

[Traduction]

À Montréal, peut-être parce que nous avons tant de ponts, sur le pont Jacques-Cartier par exemple, il n'est pas rare de voir quelqu'un qui tente de se jeter en bas. Combien de fois avons-nous vu des gens parlementer avec la personne qui tentait de se suicider et utiliser toutes sortes d'arguments pour l'en dissuader?

Le fait de pouvoir se suicider selon sa volonté, ce n'est pas un absolu. Je pense que l'argument est un peu faible.

M. Banks: Vous avez tout à fait raison, bien sûr. Si quelqu'un vous empêche de vous suicider, comme dans le cas que vous avez cité, ou si vous êtes incarcéré, institutionnalisé ou hospitalisé, et que les gens vous empêchent de vous suicider, alors, bien sûr, vous n'êtes pas capable d'exercer ce droit que vous pourriez exercer si vous étiez libre.

Mon argument repose essentiellement là-dessus. Lorsque vous allez dans un établissement, vous n'avez plus la liberté d'exercer ce droit que vous pourriez exercer si quelqu'un ne vous en empêchait pas.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez raison, mais de dire que la personne qui n'est pas dans une institution ou qui est seule a une liberté absolue de se suicider, je pense que l'exercice est restreint dans de nombreuses circonstances, y compris par l'intervention des autres.

Ce n'est pas un droit absolu qu'ont les gens de pouvoir se suicider s'ils ne sont pas malades. Peut-être sont-ils un peu déséquilibrés. Le fait que les gens se suicident prouve seulement que la société n'a pas été capable, ni leur famille ou leur milieu, de les appuyer suffisamment.

M. Banks: Vous êtes d'accord pour dire que vous pourriez vous suicider si quelqu'un ne vous en empêchait pas, si vous le vouliez. N'est-ce pas?

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui.

M. Banks: C'est le seul point que je voulais soulever.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je ne vois pas cela comme un droit absolu, ou comme une mesure discriminatoire si vous ne pouvez pas vous suicider vous-même. Vous avez dit que l'attribution de droits et de libertés ne se fait jamais sans risque. C'est vrai. Vous avez dit que nous pourrions, par exemple, sauver plus de 4 000 vies par année au Canada en déniaient à tout le monde le droit de conduire une automobile, mais nous vivons dans une société où nous sommes libres d'aller au travail ou non. On peut avoir des accidents dans nos maisons. Je ne vois pas le lien entre cette déclaration et la liberté d'avoir recours au suicide assisté.

M. Banks: Le droit de conduire est un droit que la plupart d'entre nous considérons comme acquis. Certains parlent de privilège. Si vous subissez un test et que vous respectez le code de la route, vous avez le droit de conduire. Ainsi, 4 000 personnes meurent, mais nous ne nous en faisons pas tellement parce que nous supposons que ce droit est suffisamment important pour nous permettre de perdre 4 000 vies et d'avoir toutes ces personnes qui sont blessées. Voyez-vous ce que je veux dire?

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: I respect your point of view. I know it was not an easy solution in the case of Sue Rodriguez — and I also know of people suffering from ALS who received assistance — and I do not want to analyze her case because it is too close to us. We can only imagine some of the conditions surrounding that woman's case, and they are not the most comfortable ones to contemplate. I do not want to judge the case but I believe the slippery slope still exists.

Senator Beaudoin: We might discuss *ad infinitum* the right to commit suicide. I may be wrong, but my impression is that if a person is free to do everything he or she wants and they want to commit suicide, he or she will finally succeed. If they have that intention long enough they will ultimately succeed.

One witness told us that assisted suicide is closer to euthanasia than to suicide because another person is involved. It is closer to euthanasia because a person who is unable to commit suicide has asked to die and they are assisted by another. That person may decide at the appropriate moment to ask another person to help her to commit suicide. Suicide by definition involves one person only. If two persons are involved it is either homicide or euthanasia.

I am somewhat worried by that definition. Sue Rodriguez, for example, was able to commit suicide. She said, "Why should I do that right away, perhaps I may live six months more"; and I can understand that. Then she may have said, "If I am no longer able to tolerate my condition I will probably not be able to commit suicide and I will have to ask a third party to help me commit suicide." It is not only a suicide; it is a form of euthanasia.

Mr. Banks: I did not say it wasn't.

Senator Beaudoin: What is the difference between that and a person on a bed in the hospital who is saying to a doctor, "I do not want to live any more. I want to die"? That is euthanasia.

Mr. Banks: I did not say it was not. I did not say assisted suicide was the same thing as suicide. All I said was that we claim that people who request assisted suicide should have the same right to die as people who have the capability to do it themselves. They are two different things; I agree. There is an aspect of euthanasia when it becomes assisted suicide. I would agree.

Senator Beaudoin: A person may commit suicide any time but for six months may choose not to because he or she may want to take advantage of life. Realizing that they are closer to death and, perhaps, that they can no longer commit suicide or end their own lives, they may switch and say, "I want euthanasia; I do not want assisted suicide." Perhaps there is no such thing as assisted suicide, it is a form of euthanasia. In other words, it is a question of semantics. What is important is not the words but the act itself.

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Je respecte votre opinion. Je sais que ce n'était pas une solution facile dans le cas de Sue Rodriguez, et je connais également des gens qui souffrent de SLA qui ont reçu de l'assistance, je ne veux pas analyser son cas parce que c'est encore trop frais. On peut seulement imaginer certaines des conditions entourant le cas de cette femme, et ce ne sont certainement pas les plus agréables que l'on puisse envisager. Je ne veux pas juger du cas, mais je crois que la possibilité de dégradation existe toujours.

Le sénateur Beaudoin: Nous pourrions discuter *ad infinitum* le droit au suicide. J'ai peut-être tort, mais j'ai l'impression que si une personne est libre de faire ce qu'elle veut et qu'elle souhaite se suicider, elle va finalement y arriver. Si cette personne a cette intention depuis suffisamment longtemps, elle va atteindre son but.

Un témoin nous a dit que le suicide assisté ressemble davantage à l'euthanasie que le suicide parce qu'une autre personne est en cause. Cela ressemble davantage à de l'euthanasie parce qu'une personne qui est incapable de se suicider demande à mourir et qu'elle assistée par une autre personne. Cette personne peut décider, au moment approprié, de demander à quelqu'un d'autre de l'aider à commettre ce suicide. Par définition, le suicide n'implique qu'une personne. Si deux personnes sont en cause, c'est soit un homicide, soit de l'euthanasie.

Cette définition me dérange un peu. Par exemple, Sue Rodriguez a été capable de se suicider. Elle a dit: «Pourquoi devrais-je le faire maintenant, peut-être puis-je vivre encore six mois de plus?», et je comprends cela. Elle aurait pu dire aussi que si elle n'était plus capable de tolérer cette condition, elle ne pourrait probablement pas se suicider et devrait demander à une tierce partie de l'aider à se suicider. Ce n'est pas seulement du suicide, c'est une forme d'euthanasie.

M. Banks: Je n'ai pas dit le contraire.

Le sénateur Beaudoin: Quelle est la différence entre cela et la situation d'une personne sur un lit d'hôpital qui dit à son médecin qu'elle ne veut plus vivre, mais qu'elle veut mourir? C'est de l'euthanasie.

M. Banks: Je n'ai pas dit que ce n'était pas de l'euthanasie. Je n'ai pas dit que le suicide assisté était la même chose que le suicide. Tout ce que j'ai dit, c'est qu'à notre avis les gens qui demandent le suicide assisté devraient avoir le même droit de mourir que ceux qui ont la capacité de mettre eux-mêmes fin à leurs jours. Ce sont là deux choses différentes, j'en conviens. Il y a un aspect d'euthanasie dans le suicide assisté, je suis d'accord.

Le sénateur Beaudoin: Une personne peut se suicider n'importe quand, mais pendant six mois, peut décider de ne pas le faire parce qu'elle peut vouloir profiter de la vie. Quand une personne se rend compte qu'elle est plus proche de la mort et que peut-être, elle ne peut plus se suicider ou mettre fin à ses jours, elle peut changer d'avis et dire qu'elle veut l'euthanasie, et non pas le suicide assisté. Peut-être le suicide assisté n'existe-t-il pas, c'est une forme d'euthanasie. Autrement dit, c'est une question de sémantique. Ce qui est important, ce ne sont pas les mots, mais l'acte lui-même.

[Text]

Mr. Banks: Freedom to decide.

Senator Keon: There is no question that there are people who wish to die who do not have the physical capability of doing themselves in. What bothers me about the whole subject is that the proponents of euthanasia, assisted suicide or physician-assisted suicide, whatever we want to call it, emphasize that the patient who wants to be assisted in death be mentally competent to make that decision. The number of patients who are mentally competent to decide and who are not physically competent to take care of the situation themselves is extremely small and is way out of proportion with the number, for example, of people who have been assisted on their way in Europe since the programs there have been instituted. There is a major discrepancy here. We have to deal with that before we liberalize the laws and the privileges associated with this entire endeavour.

Mr. Banks: Let me be clear about what you are saying. Are you suggesting that a person has to satisfy some standard of mental competence before he can be entitled to assisted suicide?

Senator Keon: Those who presented the briefs for euthanasia before us have emphasized that the patient should be mentally competent, either at the time they present the issue in writing — you cannot do it in a living will now because it is not allowed — or before they request the process verbally. Do you agree with that?

Mr. Banks: The position I presented this evening excluded the condition of mental competence as one of the conditions for assisted suicide. The reason for that, of course, is that the question of whether a person is mentally competent or not is a judgment call.

If you go into a court of law, for instance, and a person presents a defence of insanity, you will find that it is very easy to get a psychiatrist who will present a case for the defendant's insanity and another who will present a case for the defendant's sanity. I particularly wanted to avoid that kind of judgment call.

I strongly believe that if a person is able to fulfil the first condition, that they are able to ask for assisted suicide in some recognizable way, and perhaps they are able to do it several times over a period, then we do not need to ask them to demonstrate their mental competence. If a person is in extreme pain, why would we expect that person to demonstrate mental competence in order for us to enable them to be released from this extreme pain? We would not subject a pet dog to a test of mental competence if it was in extreme pain. We would put it out of its misery.

The greatest suffering in Canada and all over the world goes on in mental institutions where people are suffering terribly, not only physical pain but anguish and despair. They try to kill themselves, but because they are not mentally competent we take away their ties, their shoe laces and their ballpoint pens.

[Traduction]

M. Banks: La liberté de décider.

Le sénateur Keon: Il ne fait aucun doute qu'il y a des gens qui veulent mourir et qui n'ont pas la capacité physique de mettre eux-mêmes fin à leurs jours. Ce qui me dérange dans tout cela, c'est que les tenants de l'euthanasie, du suicide assisté ou du suicide assisté par un médecin, qu'on l'appelle comme on voudra, insistent pour dire que le patient qui veut être assisté dans la mort doit être mentalement compétent pour prendre une telle décision. Le nombre de patients qui sont mentalement compétents pour décider et qui ne sont pas capables physiquement de s'occuper eux-mêmes de la situation est extrêmement petit et est tout à fait disproportionné par rapport au nombre, par exemple, de gens qui ont été assistés en Europe depuis que les programmes comme tels ont été institués. Il y a un écart important ici. Il faut régler ce problème avant de libéraliser les lois et les privilèges liés à tout ce comportement.

M. Banks: Permettez-moi de bien comprendre ce que vous dites. Est-ce que vous laissez entendre qu'une personne doit respecter certaines normes de compétence mentale avant d'avoir droit au suicide assisté?

Le sénateur Keon: Ceux qui ont présenté des mémoires en faveur de l'euthanasie ont insisté sur le fait que le patient devrait être mentalement compétent, soit au moment où il présente sa demande par écrit — on ne peut plus recourir au testament biologique aujourd'hui parce que ce n'est plus permis — ou avant de présenter leur demande verbalement. Êtes-vous d'accord?

M. Banks: La position que j'ai exprimée ce soir ne renferme pas une condition de compétence mentale pour le suicide assisté, la raison étant bien sûr que l'on porte un jugement quand on décide si une personne est compétente ou non.

Par exemple, si vous allez devant un tribunal et qu'une personne présente une défense d'aliénation mentale, vous allez vous rendre compte qu'il est très facile pour un psychiatre de présenter son exposé des faits en faveur de l'aliénation mentale du défendeur et un autre qui, au contraire, va présenter sa cause en faveur de sa santé mentale. Je voulais particulièrement éviter ce genre de jugement.

Je crois fermement que si une personne est capable de remplir la première condition, c'est-à-dire pouvoir demander le suicide assisté d'une façon claire, et peut-être le faire plusieurs fois au cours d'une certaine période, alors on n'a pas besoin de faire la preuve de sa compétence mentale. Si une personne éprouve une douleur extrême, pourquoi devrions-nous faire en sorte qu'elle fasse la preuve de sa compétence mentale pour lui permettre d'être soulagée de cette douleur extrême? On ne soumettrait pas un chien à un critère de compétence mentale si ses douleurs étaient extrêmes. Nous mettrions fin à sa misère.

Les plus grandes souffrances qu'on trouve au Canada et dans le monde entier, on les trouve dans les institutions psychiatriques où les gens souffrent beaucoup, non seulement de douleur physique mais d'angoisse et de désespoir. Ces gens-là essaient de se tuer, mais parce qu'ils ne sont pas mentalement compétents, on leur enlève leur cravate, leurs lacets et leur stylo.

[Texte]

Jonathon Swift spent eight years dying in an insane asylum, desperately trying to pluck out his blind eyes because he was mad with pain. They put him in a straightjacket and took everything away from him to prevent him from releasing himself from that suffering.

I stand here in defence of people who are supposed to be mentally incompetent and want to die.

Senator Keon: Would you agree that there is a lot of scientific evidence that people can be rendered mentally incompetent against their will? This has been used to obtain information from people who are brainwashed with drugs, whose psychic is manipulated by various methods. There is potential for enormous abuse if a person is not mentally competent at the time they ask to be assisted in their suicide.

Mr. Banks: What is the relevance of a question about someone being made mentally incompetent? I do not see the relevance of the point.

Senator Keon: I see it. I think there are significant opportunities for people to be assisted in suicide when it may not suit their needs very well but may suit the needs of many of the people around them.

Mr. Banks: This may be one of the adverse consequences that we may have to admit if we are going to recognize the right of individuals to have assisted suicide.

The Chairman: You have touched on a very difficult area. It seems to me that most people who commit suicide do so either because they are clinically depressed or they are momentarily depressed. Generally, people accept that. They do not do it in a moment of frivolity.

On the other hand, I personally can understand why we would be concerned about the competence of an ill person to ask for assisted suicide, because they are asking another person to help. We are putting the onus on another person in some way. I think it would make it much more difficult for that physician or friend to comply with the request if she or he genuinely felt that the person was depressed and that it was the kind of depression that might be helped in some way.

I think that when you are putting the onus on someone else to help you in this exercise there has to be a higher level of proof of competency.

Mr. Banks: That is why I believe that a person should never be at the whim of one or two medical professionals. If we can establish that a person has a right to die when they want to die, even though they are not capable of committing the act themselves, then provisions must be made for any person who petitions for assisted suicide to be given that assistance.

[Translation]

Jonathon Swift a passé huit ans à mourir dans un asile d'aliénés, cherchant désespérément à s'enlever les yeux qui ne servaient plus à rien parce qu'il souffrait trop. On lui a mis la camisole de force et on lui a tout enlevé pour l'empêcher de se libérer lui-même de cette souffrance.

Je prends ici la défense des gens qui sont supposés être mentalement incompetents et qui veulent mourir.

Le sénateur Keon: Est-ce que vous êtes d'accord pour dire qu'il y a beaucoup de preuves scientifiques selon lesquelles les gens peuvent être rendus mentalement incompetents contre leur volonté? Cet argument a été utilisé pour obtenir de l'information de gens qui subissent un lavage de cerveau avec des drogues, dont le psychique est manipulé à l'aide de diverses méthodes. Il y a possibilité d'abus énormes si une personne n'est pas mentalement compétente au moment où elle présente sa demande de suicide assisté.

M. Banks: Quelle est la pertinence d'une question au sujet de gens qui sont mentalement incompetents? Je ne vois pas la pertinence de votre argument.

Le sénateur Keon: Moi si. Je pense qu'il y a beaucoup de possibilités que des gens subissent un suicide assisté lorsque ça ne leur convient pas très bien, mais que cela répond aux besoins des nombreuses personnes autour d'eux.

M. Banks: C'est peut-être une des conséquences négatives qu'il faut admettre si l'on veut reconnaître le droit des personnes au suicide assisté.

La présidente: Vous avez abordé une question très difficile. Il me semble que la plupart des gens qui se suicident le font soit parce qu'ils sont cliniquement déprimés, soit parce qu'ils sont momentanément déprimés. Généralement, les gens acceptent cela. Ils ne commettent pas leur geste dans un moment de frivolité.

Par contre, personnellement, je comprends pourquoi on s'inquiète au sujet de la compétence d'une personne malade à demander le suicide assisté, parce qu'on demande à une autre personne de l'aider. On rejette la responsabilité d'une certaine façon sur quelqu'un d'autre. Je pense qu'il serait beaucoup plus difficile pour ce médecin ou cet ami de respecter la demande si la personne croyait vraiment que le malade est déprimé et qu'il est victime du genre de dépression qu'on ne peut pas traiter de toute façon.

À mon avis, lorsqu'on rejette sur quelqu'un d'autre la responsabilité d'aider quelqu'un dans cet exercice, il faut qu'il y ait un niveau plus élevé de preuve de la compétence de la personne qui présente la demande.

M. Banks: C'est pourquoi je crois qu'une personne ne devrait jamais être soumise aux caprices d'un ou deux professionnels de la médecine. Si on peut établir qu'une personne a le droit de mourir lorsqu'elle le veut, même si elle n'est pas capable de commettre l'acte elle-même, alors il faudrait prévoir des dispositions permettant à une personne qui demande le suicide assisté d'avoir de l'aide.

[Text]

It should not have to be given by anyone in the particular institution in which that person happens to be at the time. There is no reason why there should not be people who can go from one hospital to another and administer a lethal substance or provide some mechanism by which the applicants can terminate their own lives.

Senator Beaudoin: We say in law that where there is a right there is an obligation. That is exactly the reasoning that you are putting forward. You say that if there is such a thing as the right to die, or the right to commit suicide, there is an obligation on someone else to help that person. That is your reasoning. But, of course, you have to start from the point of the right to commit suicide.

Mr. Banks: But the obligation is not on any individual person. There are plenty of people who are perfectly prepared to help people like Sue Rodriguez to die, on request. We are not forcing anyone to kill anyone. The right is there; the obligation is there; but the obligation is not on any one individual.

Senator Beaudoin: I see your point.

The Chairman: We thank you very much for bringing the viewpoint of the Humanist Association to us. You marshalled your arguments very clearly and succinctly.

The committee adjourned.

[Traduction]

Cette aide ne devrait pas être donnée par quelqu'un en particulier dans l'établissement où se trouve cette personne à ce moment-là. Il n'y a aucune raison pour laquelle des gens ne pourraient pas aller d'un hôpital à un autre et administrer une substance mortelle ou fournir un mécanisme grâce auquel la personne pourrait mettre fin à ses jours.

Le sénateur Beaudoin: On dit en loi que lorsqu'il y a un droit, il y a une obligation. C'est exactement le raisonnement que vous proposez. Vous dites que si le droit à la mort existe, ou le droit de se suicider, alors il incombe à quelqu'un d'autre d'aider cette personne. C'est votre raisonnement. Mais bien sûr, vous devez partir du droit de commettre le suicide.

M. Banks: Mais l'obligation n'incombe pas à une personne en particulier. Il y a beaucoup de gens qui sont parfaitement disposés à aider les autres à mourir, comme Sue Rodriguez, s'ils le demandent. Nous ne forçons personne à tuer quelqu'un. Le droit est là, l'obligation est là, mais l'obligation n'incombe pas à une personne en particulier.

Le sénateur Beaudoin: Je vois.

La présidente: Nous vous remercions beaucoup de nous avoir fait connaître le point de vue de l'Association des humanistes. Vous avez avancé vos arguments de façon très claire et succincte.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Nurses for Life

Mary-Lynn McPherson
Diane Petrucka
Maureen Farnand

From Action Life

Carroll Rees
Jonathan Bloedow

From Choice in Dying

Stanley Rosenbaum
Stella McMurran

From the Right to Life Association of Toronto

June Scandiffo
Dr. Michael Berry

From Alliance for Life

Jakki Jeffs

The Rev. James Dickey

From the Humanist Association of Canada

Trevor Banks

De Nurses for Life

Mary-Lynn McPherson
Diane Petrucka
Maureen Farnand

D'Action pour la vie

Carroll Rees
Jonathan Bloedow

De Choice in Dying

Stanley Rosenbaum
Stella McMurran

De Right to Life Association of Toronto

June Scandiffo
Dr. Michael Berry

De l' Alliance for Life

Jakki Jeffs

Le Rev. James Dickey

De Humanist Association of Canada

Trevor Banks



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, June 8, 1994

Le mercredi 8 juin 1994

Issue No. 9

Fascicule n° 9



WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Lavoie-Roux
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Neiman
Keon	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Lavoie-Roux
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Neiman
Keon	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 8, 1994
(13)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:25 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Corbin, Keon, Lavoie-Roux and Neiman. (5).

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

WITNESSES:

From the Sunnybrook Health Science Centre:

Dr. John Senn

Angèle St-Germain

From the Toronto Wellesley Hospital:

Mr. R. Scott Rowand, President

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

Erratum: The Minutes of Proceedings of May 11, 1994 (Issue No. 4) indicated that Louise Normandin-Miller was appearing on behalf of The Canadian Palliative Care Association. In fact Mrs. Miller was appearing as an individual and is not associated with the Canadian Palliative Care Association.

At 6:20 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 8 juin 1994
(13)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 15 h 25, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Corbin, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (5)

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Mollie Dunsmuir.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

TÉMOINS:

De Sunnybrook Health Science Centre:

Le Dr John Senn.

Angèle St-Germain

De l'hôpital Wellesley de Toronto:

M. R. Scott Rowand, président.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences, dans le cadre de son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins font chacun un exposé, puis répondent aux questions.

ERRATUM: D'après le procès-verbal de la séance du 11 mai 1994 (fascicule n° 4), Louise Normandin-Miller témoignait au nom du Canadian Palliative Care Association. En fait, Mme Miller, qui n'est pas associée à cet organisme, agissait à titre personnel.

À 18 h 20, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,
Gary Levy
Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 8, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3:15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (Chairman) in the Chair:

The Chairman: Honourable senators, before we commence our formal hearings today, I would like to draw the attention of members of the committee to an error which appears in the published issue of our proceedings for May 11, 1994. Mrs. Louise Normandin-Miller is listed under the Palliative Care Association. Mrs. Normandin-Miller was appearing as an individual witness and is not associated in any way with the Canadian Palliative Care Association.

The committee regrets this mistake, and I will ask the Clerk to see that an erratum appears in the minutes of this issue to correct the matter.

We are very pleased to have with us this afternoon three witnesses — and I gather everyone is agreed on the order of appearance today. Our first witness will be Dr. John Senn, Director of the Clinical Ethics Centre, a member of the Hospital Ethics Committee at Sunnybrook Health Science Centre, and a Professor of Internal Medicine. His interest in medical ethics has been bolstered by a period at the Kennedy Institute of Ethics in Washington, D.C. in 1986. In addition to managing patients with leukaemia, his major educational interest is in the development of undergraduate teaching and consultation in medical ethics at the University of Toronto. He is also co-author of an article entitled "Advance Directives: Are They an Advance?"

Dr. Senn, we may have you return to talk about advance directives at some point because that subject has been raised on more than one occasion so far. Please proceed with your presentation.

Dr. John S. Senn, Sunnybrook Health Science Centre: Thank you very much. I am very pleased to be here. This particular forum related to euthanasia has been a particular interest of mine over the years, especially over the last five or six years. The interest has arisen largely because of the my patient group. These are usually patients with cancer who eventually fail to respond to treatment, and who frequently have a great deal of difficulty coping with the last portions of their lives.

First, I will discuss what I think euthanasia is. The original word means an easy death or the means of procuring it, and who could ever object to that? If we have to die, I think everyone would like to have a peaceful death.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 8 juin 1994

[Traduction]

Le Comité spécial sénatorial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15 conformément à son ordre de renvoi, qui est d'examiner les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté, et de faire rapport à ce sujet.

Le sénateur Joan Neiman (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, avant d'entreprendre nos travaux cet après-midi, j'aimerais attirer votre attention sur une erreur qui s'est glissée dans le compte rendu du 11 mai 1994. Le nom de Mme Louise Normandin-Miller figure sous la rubrique *Palliative Care Association*. Or, Mme Normandin-Miller a comparu en son nom personnel et n'est aucunement liée à la *Canadian Palliative Care Association*.

Le Comité s'excuse de cette erreur, et je vais demander au greffier de veiller à ce qu'un *erratum* figure au compte rendu de la réunion d'aujourd'hui.

Nous avons le très grand plaisir d'accueillir cet après-midi trois témoins, et je crois savoir que tout le monde est d'accord sur l'ordre de comparution. Notre premier témoin sera le docteur John Senn, directeur du *Clinical Ethics Centre*, membre du comité d'éthique du *Sunnybrook Health Science Centre* et professeur de médecine interne. Le docteur Senn s'est toujours intéressé à l'éthique médicale, mais plus particulièrement depuis son passage au *Kennedy Institute of Ethics* à Washington, D.C., en 1986. Outre qu'il s'occupe de patients atteints de leucémie, il s'attache surtout, sur le plan de l'enseignement, à concevoir des programmes d'études de premier cycle et de consultation en éthique médicale à l'Université de Toronto. Il est également coauteur d'un article intitulé «*Advance Directives: Are They an Advance*»?

Docteur Senn, il se peut que nous vous demandions de revenir témoigner au sujet des directives préalables parce que cette question a été soulevée à plus d'une reprise jusqu'à maintenant. Je vous cède maintenant la parole.

Le Dr John S. Senn, Sunnybrook Health Science Centre: Merci beaucoup. Je suis très heureux d'être ici aujourd'hui. Je m'intéresse à la question de l'euthanasie depuis de nombreuses années, mais plus précisément depuis cinq ou six ans, et ce, principalement à cause de ma clientèle habituellement composée de patients atteints du cancer qui finissent par ne plus réagir aux traitements et qui ont souvent beaucoup de difficulté à vivre les derniers moments de leur existence.

D'abord, je vais vous dire ce qu'est pour moi l'euthanasie. Le terme «euthanasie» signifie une mort douce, ou les moyens d'obtenir cette mort, et en fait, qui peut s'opposer à une telle chose? Comme la mort est inévitable, je pense que tout le monde souhaite qu'elle soit paisible.

[Texte]

There are two issues I wish to discuss. I wish to state that I am not talking about euthanasia as meaning forgoing treatment. Forgoing medical treatment for a patient who decides that he or she does not want treatment is now legally enshrined and ethically defensible, and there is very little argument. Perhaps Dr. Rowand will have some comments later on that subject. I am not dealing with forgoing treatment, because I do not hesitate to stop treatment, or not to give treatment if a patient does not want it. That is a patient right, and it is the doctor's obligation to follow that guide from the patient.

The other thing euthanasia does not mean is suicide, because suicide is death at one's own hand. That is not euthanasia. While that is not praiseworthy as an action, legally it has not been a prosecuted offence for some period of time. It is difficult to prosecute someone who has committed suicide.

What I mean by "euthanasia" is ending a human life by a medical action at the request of a person. This is essentially what we call "voluntary euthanasia." It has been the focus of controversy that we have dealt with very recently with the Rodriguez situation in British Columbia and others in Canada, let alone elsewhere.

I want to tell the committee about a person I help look after. I am going to shield the name and change the age, but I will tell the committee what happened. Let us call him James, a 49-year old man who developed Lou Gehrig's disease, which is the same disease that Sue Rodriguez had. He developed it about four years before coming to the clinic at my medical centre.

By that time he had developed progressive loss of power in his upper and lower limbs and he was in a wheelchair. Prior to coming he had developed some difficulty in swallowing and some difficulty in clearing the sputum from his chest. This disease is characterized by weakness of muscles and gradually progresses to where there is no muscular power, and the problems finally are related to inability to clear sputum and inability to swallow correctly.

When we saw him initially, he had some weakness, not only of his limbs but of his ability to swallow, and he had lost some weight. He said to me, "I am frightened of choking to death," and he said he was interested in physician-assisted suicide or death which he had heard about. He also said that he had been saving some medicines for quite a while. So he was thinking of his future.

The attending physician whom I saw at that time arranged for care in the community, because the patient wanted to be in his own place, but he indicated that he could not participate in physician assistance to the man's suicide.

On several later visits, James confirmed that he wanted to stay alive, but he wanted confirmation that his desire to end life at the time he wanted, with help from a doctor, was his ideal. That

[Translation]

J'aimerais aborder deux questions. Je tiens toutefois à préciser que lorsque je parle d'euthanasie, dans mon esprit, il ne s'agit pas du désir de renoncer à un traitement. Aujourd'hui, la loi autorise un patient à refuser un traitement médical si ce dernier en décide ainsi, une telle décision est tout à fait justifiable sur le plan moral et très peu d'arguments peuvent être invoqués à l'effet contraire. Le docteur Rowand voudra peut-être faire quelques commentaires là-dessus plus tard. Je ne vais pas aborder la question du refus de traitement, parce que je n'hésite pas à interrompre un traitement, ou à ne pas donner un traitement si le patient ne le veut pas. Le patient a le droit d'agir ainsi, et il incombe au médecin de respecter ses désirs.

L'euthanasie n'est pas non plus synonyme de suicide, parce que le suicide, c'est la mort que l'on décide de se donner. Ce n'est pas ça l'euthanasie. Bien qu'en soi, le suicide ne soit pas une action louable, légalement parlant, il ne constitue plus une infraction passible de poursuites depuis un certain temps. En effet, il est difficile de poursuivre quelqu'un qui s'est suicidé.

Ce que j'entends par «euthanasie», c'est mettre fin à la vie humaine grâce à une action médicale exécutée à la demande d'une personne. Essentiellement, c'est ce que l'on appelle l'«euthanasie volontaire», question qui a suscité la controverse dernièrement dans le cas de Sue Rodriguez en Colombie-Britannique, dans d'autres cas au Canada et ailleurs.

J'aimerais vous parler d'une personne dont je m'occupais. Je vais changer son nom et son âge, mais je vais vous dire ce qui s'est produit. Appelons-le James. James a 49 ans et est atteint de la maladie de Lou Gehrig, soit la même maladie dont Sue Rodriguez a été victime. James était atteint de cette maladie depuis environ quatre ans quand il s'est présenté à la clinique de mon centre médical.

À ce moment-là, ses membres supérieurs et inférieurs étaient très affaiblis et il se déplaçait en fauteuil roulant. Il éprouvait alors de la difficulté à avaler et à expectorer. Cette maladie se caractérise par la faiblesse des muscles, son développement est progressif et en bout de ligne, le patient perd toute sa force musculaire. À la fin, il n'est plus capable d'expectorer ni d'avalier.

La première fois que nous l'avons vu, ses muscles étaient affaiblis, il avait de la difficulté à avaler et il avait perdu du poids. Il m'a dit qu'il avait peur de mourir étouffé et qu'il envisageait le suicide assisté par un médecin ou une mort dont il avait entendu parler. Il a ajouté qu'il s'était fait une réserve de médicaments depuis un certain temps. Donc, il pensait à ce qui allait arriver.

Le médecin traitant que j'ai vu à ce moment-là a pris des dispositions pour que James soit traité chez lui, il voulait être dans sa maison, mais le médecin lui a précisé qu'il ne pouvait pas l'aider à se suicider.

Plus tard, après plusieurs visites à la clinique, James a confirmé qu'il voulait demeurer en vie, mais il a quand même tenu à nous affirmer que l'idéal pour lui était de mettre fin à ses jours au

[Text]

creates a problem for many physicians, for many people. Perhaps it will provide a focus to this discussion.

Should this man have an ability to choose the exact time when he wants to die? Most people are not able to do that. Should he have the right to expect assistance from somebody to cause his death? In particular, should he expect a doctor to do that? Would meeting that man's wishes have any undesirable consequences?

That will be the focus of what I will speak about. The first thing I will comment on is this problem of rights — that is, individual rights and some community rights, which are also important in this situation.

Why does an individual have any rights at all? Why is an individual entitled to demand certain things? There is a good number of reasons for that.

One of the primary reasons is that every individual among us is also a human being and has certain wishes, as you have. If you are going to have your wishes met, why should they not have their wishes met?

Another is the religious background. The Judeo-Christian belief still plays a major part in our society. It says that life is not something that we arrange for ourselves, that it is a gift and that we have no more right to take it away ourselves than we did to demand it to start with.

Most of us will agree with the seventeenth or eighteenth century right to expect that other people will not harm us. I think most of us sitting here would agree with that. We can walk the streets and do other things because we know that no one is going to kill us, that we are not going to be harmed if we live together. I think that is an entitlement.

Immediately that puts someone else in action. That is, you are not an individual, you are not an atom, and you are walking about expecting others not to hurt you. So there are always two things. There is a right, and every right puts an obligation on someone else. Someone has to act to meet your right.

The present legal understanding in the United States and in our Charter both support the individual's right not to be harmed, not to be interfered with, to have some privacy. However, our present legislation and Charter are much less clear on what we owe to other people. Do we have to help them? This is called beneficence in the ethics jargon. Generally an act of beneficence is not required of everyone. You do not have to do things to help people, although legally you are not allowed to harm them.

Beneficence is required of physicians and people in other particular roles. Physicians are supposed to be beneficent in trying to cure people or keep them well. It is a health-related role.

[Traduction]

moment où il le voudrait et avec l'aide d'un médecin. Une telle situation cause des problèmes à de nombreux médecins et à bien des gens. Peut-être la discussion d'aujourd'hui s'orientera-t-elle en ce sens.

Est-ce que cet homme devrait avoir la possibilité de choisir le moment exact de sa mort? Voilà une chose que la plupart des gens ne sont pas capables de faire. Devrait-il avoir le droit de s'attendre à ce que quelqu'un l'aide à mourir? Et plus précisément, devrait-il compter sur un médecin pour ce faire? Répondre aux désirs de cet homme aurait-il des conséquences malheureuses?

Voilà sur quoi je veux que la discussion porte aujourd'hui. La première chose que j'aimerais aborder, c'est ce problème des droits — c'est-à-dire les droits individuels et certains droits collectifs, qui ont également leur importance dans le cas présent.

Pourquoi l'individu a-t-il des droits? Pourquoi l'individu est-il en droit d'exiger certaines choses? Pour un certain nombre de raisons.

Et l'une des principales, c'est que chaque individu est aussi un être humain qui a des désirs, comme vous et moi. Si vos désirs à vous sont respectés, pourquoi ceux des autres ne le seraient-ils pas?

Les antécédents religieux sont aussi une autre raison. La mentalité judéo-chrétienne joue toujours un rôle important dans notre société, où on dit que la vie n'est pas une chose dont on décide, que c'est un cadeau et que nous n'avons pas plus le droit de nous en départir que nous avions le droit de l'exiger.

La plupart de nous serons d'accord sur ce droit accordé au XVII^e ou au XVIII^e siècle voulant que les autres ne portent pas atteinte à notre personne. Je pense que la plupart des gens ici cet après-midi sont d'accord. On peut marcher dans la rue, faire toutes sortes d'autres choses sachant que personne ne va nous tuer, que nous ne serons pas blessés si nous vivons ensemble. À mon avis, c'est là un droit que nous avons.

Or, d'office, l'exercice de ce droit implique quelqu'un d'autre. Vous n'êtes plus seul, vous n'êtes pas un atome, vous allez et venez en supposant que personne ne va porter atteinte à votre intégrité. Donc, il faut toujours voir les deux côtés de la médaille. D'une part, on accorde des droits, mais d'autre part, il faut voir que chaque droit impose une obligation à quelqu'un d'autre. Quelqu'un doit faire quelque chose pour respecter votre droit.

D'après la Constitution des États-Unis et notre Charte des droits et libertés, il ne faut nullement porter atteinte aux droits individuels, l'individu a le droit d'être respecté et d'avoir une certaine intimité. Cependant, nos lois actuelles et la Charte sont beaucoup moins précises quant aux obligations qui nous incombent à l'égard des autres. Devons-nous les aider? C'est ce qu'on appelle la bienfaisance, dans le jargon éthique. Généralement, personne n'est tenu d'agir ainsi. On n'est pas obligé de faire quoi que ce soit pour aider quelqu'un, mais légalement, on n'a pas le droit de porter atteinte à autrui.

Tout comme d'autres personnes dans des rôles différents, les médecins sont tenus de faire preuve de bienfaisance. À cet égard, les médecins sont censés guérir les gens ou les garder en santé.

[Texte]

Lawyers and politicians have other roles. Some of us are expected to do good things for others, but it is often limited to our particular job.

Those are individual rights and obligations. Let us look at the community. What is a community? The community is changing and I, for one, am unhappy about that. A community is not only a group of people with some common interest, but a group of people dedicated to some particular ways of living, particularly ways of living together. That means not only not harming the other fellow, but being able to help the other fellow. That has had a long history, at least in western society.

Why should the community be that way? The community we start with is our mother. When we are born, we cannot live alone. Human beings would die if they were left alone. We require someone else to help us. That is the case throughout life. When people get to be 20 years old and earn their own living, they begin to think they are able to run the world because they are invulnerable. We are still dependent on someone for our orange juice every morning; we do not pick our own Florida orange and squeeze it.

We are dependent throughout life, and we are dependent when we die. When we are in the process of dying, we are dependent on the community around us. The major function of a community is nurturing its members and allowing them to live so that they can flourish, grow and develop all their good as human beings.

That gives the community quite a few obligations to individuals. We are all quite willing to accept that, but we surely hate paying our taxes and doing the other things that constitute our responsibilities. In our society over the past 30 or 40 years individuals have become less willing to acknowledge what they owe to the community and what the community is about.

Does this have anything to do with euthanasia? I think it does. There has to be a balance between what an individual wants and what others have to do — the way the community can react — and what the community expects of the individual. There has to be a balance between individuals and community in terms of rights and obligations.

Voluntary euthanasia is a circumstance in which a just balance between individual rights and community interests is difficult to achieve. Often the call of compassion to help someone and to respect another person, especially if that person is suffering as many do late in life, seems to overwhelm many of our community ways of dealing with those things, especially the legal and moral sanctions that we have developed to protect the living person during his life in the West.

[Translation]

C'est le rôle qui leur incombe en matière de santé. Quant aux avocats et aux politiciens, ils sont appelés à jouer d'autres rôles. Certains, parmi nous, sont appelés à faire preuve de compassion pour les autres, mais c'est souvent limité à notre propre emploi.

Voilà pour les obligations et les droits individuels. Voyons maintenant ce qui en est des droits collectifs. Qu'est-ce qu'une collectivité? La collectivité n'est plus ce qu'elle était, ce qui me désole personnellement. Une collectivité est non seulement un groupe de personnes qui partagent les mêmes intérêts, mais un groupe de personnes qui prônent un mode de vie bien précis, plus particulièrement des moyens de vivre ensemble. Cela veut dire non seulement ne pas porter atteinte à l'autre personne, mais être capable d'aider autrui. On pense ainsi depuis très longtemps, du moins dans la société occidentale.

Mais pourquoi la collectivité devrait-elle être ainsi conçue? Notre première collectivité, c'est notre mère. Il est impossible de vivre seul à la naissance. Les êtres humains mourraient s'ils étaient laissés à eux-mêmes. Nous avons besoin de quelqu'un d'autre pour nous aider. Il en va ainsi durant toute la vie. Dès que le jeune atteint l'âge de 20 ans et qu'il gagne sa vie, il s'imaginerait pouvoir mener le monde et être invulnérable. On dépend toujours de quelqu'un pour son jus d'orange le matin, par exemple. Ce n'est pas nous qui allons cueillir nos propres oranges de la Floride et qui les pressons.

Durant toute sa vie, on est dépendant, dépendant également au moment de la mort. Lorsque le processus de la mort est enclenché, on dépend de la collectivité qui nous entoure. La principale fonction d'une collectivité est de s'occuper de ses membres et de leur permettre de vivre de façon à ce qu'ils puissent s'épanouir, croître, et développer tout leur potentiel positif en tant qu'êtres humains.

Voilà qui confère à la collectivité un certain nombre d'obligations à l'égard des individus. Nous sommes en général d'accord pour assumer ces obligations, mais nul doute que nous détestons payer les taxes et faire d'autres choses qui constituent nos responsabilités. Dans notre société, depuis les 30 ou 40 dernières années, les individus sont de moins en moins prêts à reconnaître ce qu'ils doivent à la collectivité et ce qu'est la collectivité.

Est-ce que tout cela a un lien avec l'euthanasie? Je pense que oui. Il faut atteindre un équilibre entre les désirs de l'individu et les obligations des autres — la façon dont la collectivité peut réagir — et les attentes de la collectivité à l'égard de l'individu. Il faut trouver un équilibre entre, d'une part, les droits et les obligations des individus et, d'autre part, ceux de la collectivité.

Dans le cas de l'euthanasie volontaire, il est difficile d'atteindre un juste équilibre entre les droits de l'individu et les intérêts de la collectivité. Souvent, l'appel à la compassion qui nous est lancé pour aider et respecter une autre personne, surtout si elle souffre comme c'est souvent le cas à la fin de sa vie, confond les nombreuses mesures adoptées par la collectivité pour composer avec ces choses, plus particulièrement les sanctions légales et morales prévues pour protéger la personne humaine durant sa vie dans la société occidentale.

[Text]

Before we alter the present community ways of protecting life and allowing people to develop fully as individuals during their life, we have to look carefully at what is happening.

I am a health professional. I was a doctor before I did any of this stuff. The health profession has a particular interest in this. The purpose of the health profession has been to promote good health, to heal illness, to heal disabilities and to relieve suffering caused by poor health.

What have the professions been able to do about this? We have done a fair deal. New technology and new knowledge have allowed us to treat illnesses which could not be treated before, to save people who would have previously died, and to bring people back to a quality of life that they are prepared to accept.

Unfortunately, some of our management methods will bring people back to a stage at which they do not want to live any more, a stage where their quality of life is poor. How does one deal with that?

Medicine has dealt a double hand to these people. It has been helpful. It has saved lives. It has made people more able to deal with the goods of society. However, it has affected some by leaving them in a state where they do not want to live and where they may have pain and suffering associated with their diseases.

What have we done about that? I would say a great deal has been done about that. A lot of it has been done with physicians kicking and complaining. We are now prepared to forgo treatment. As I talk to various groups in the community, I find that this is still one thing that doctors do not do. They are concerned about stopping treatment or about not starting treatment which may be effective if the patient says, "I don't want it." The fact is that ethically and legally it is acceptable to stop treatment or not to give treatment if the patient says, "I don't want it," and if the patient understands what is going on.

That still leaves some people who, as a result of our newer treatments, are left with suffering and problems. We have tried to deal with that. I have heard already in this room the words "palliative care", which is one of the measures that has really come to fruition in this country only in the past five to eight years. It has been ongoing for some 20 years in other parts of the West. It has done remarkable things in terms of relieving the distress of some people during the latter parts of their lives.

There are other interesting things going on in terms of palliative care. I heard last week about a palliative care arrangement in Canada which is run by volunteers. They go into the homes of those who are dying. A volunteer agency runs this program. They are not medical people, but people who have been given a short training course in supportive care who go into the community to deliver their support in the homes of patients.

[Traduction]

Avant de modifier les moyens dont dispose actuellement la collectivité pour protéger la vie et permettre aux gens de se développer pleinement en tant qu'individus, il faut examiner soigneusement la situation actuelle.

Je suis un professionnel de la santé, mais j'ai d'abord été médecin. La question de l'euthanasie touche précisément les professionnels de la santé qui ont pour mission de favoriser la santé, de guérir les maladies, de remédier aux incapacités et d'atténuer la souffrance causée par une mauvaise santé.

Mais qu'est-ce que les professionnels ont réussi à faire? Nous avons accompli d'énormes progrès. La technologie et les connaissances nouvelles que nous possédons nous permettent de traiter des maladies auparavant incurables, de sauver des personnes qui seraient mortes avant et de redonner, à des gens, une qualité de vie qu'ils sont prêts à accepter.

Malheureusement, grâce à certaines de nos méthodes, on peut ramener des gens à une étape à laquelle ils décident de ne plus vouloir vivre, à une étape où leur qualité de vie est mauvaise. Que fait-on alors?

La médecine est à la fois bonne et mauvaise pour ces gens. Elle aide, elle sauve des vies, elle permet de profiter davantage des bienfaits de la société. Cependant, elle a des répercussions négatives sur certaines personnes en les laissant dans un état où elles ne veulent plus vivre et où elles peuvent devoir endurer des souffrances liées à leur maladie.

Quelles mesures avons-nous prises à cet égard? Je dois dire que nous avons fait beaucoup, et ce, en grande partie, parce que des médecins se sont battus et se sont plaints. Nous acceptons maintenant de ne pas donner un traitement. D'après les commentaires que j'entends en général, je me rends compte que c'est là encore une chose que les médecins ne font pas. Ils sont inquiets et ne savent pas s'ils doivent interrompre un traitement ou ne pas entreprendre un traitement qui pourrait être efficace quand le patient dit qu'il n'en veut pas. Le fait est que, sur le plan éthique et juridique, il est acceptable d'interrompre un traitement ou de ne pas en donner un si le patient dit qu'il n'en veut pas, et si le patient comprend ce qui va se passer.

Malgré cela, en dépit des nouveaux traitements que nous offrons, certaines personnes continuent quand même de souffrir et d'avoir des problèmes. Nous essayons de trouver une solution. J'ai entendu des témoins parler ici de «soins palliatifs» qui se sont vraiment beaucoup développés au Canada au cours des cinq à huit dernières années. Par contre, d'autres pays occidentaux assurent ces soins depuis une vingtaine d'années. Grâce aux soins palliatifs, on réussit de façon remarquable à atténuer la douleur de certaines personnes au cours des derniers moments de leur vie.

On note également d'autres choses intéressantes dans le domaine des soins palliatifs. La semaine dernière, j'ai entendu parler d'une entente au Canada selon laquelle des bénévoles se rendent dans les foyers des personnes mourantes. Le programme est mené par un organisme bénévole. Ce ne sont pas des médecins ou des infirmières, mais des gens à qui on a donné un bref cours de formation en soins d'entretien, qui vont prodiguer leurs soins dans les foyers des patients.

[Texte]

This is a volunteer group comprised mostly of women, which is located in Durham, close to Toronto. I suppose men have to get older before they can do this type of work. In addition to the hospices that we have, which are institutions for care, we are now reaching out into the community. This is care provided not only by paid personnel but by volunteers in small communities. I do not know how much of this is going on in large communities.

The changes in effective palliative care are ongoing and advancing. There is money being fed into the area. However, these changes and advances may be forestalled if we make the road easier for some individuals.

Is euthanasia a solution to suffering and the promoting of an easy death? I think it has effects on individuals, the community and health care givers. Euthanasia has to be looked at in those terms. Suffering individuals who want to die and wish for control over their deaths think of euthanasia as a blessing. Obviously, Sue Rodriguez did, as did the man about whom I spoke near the beginning of my remarks.

The problem is that, once a patient dies, they have no future. They have shut it off. Whether their future is only a few days or a few years, they have nevertheless shut it off completely. Few people in the grip of suffering are able to look very far ahead.

Another concern I have is that, if we start doing this to individuals who are disadvantaged in suffering and in disease, there are many others in our society who are also relatively worthless as individuals, who could contribute to the community. Many of these people are disabled, mentally deficient or very old, and may feel that they should give way at the time.

If we allow the community to change, then there will be a change in the collective moral psychology of the community. The community will say, "It is no longer forbidden to take life." Previously, the only way that our society allowed a life to be taken was in self-defence or in defence of the community, something which has been written into our laws. However, that has been changing slowly. If we legalize other areas for reasons other than self-defence, then we are opening options with respect to which it will be difficult to deal.

I think it is particularly difficult for health care workers because health care workers are dealing with people who have severe illness. I have struggled days and nights trying to help people with illness to get better. If I know that such effort is not required, that the patient most likely will die anyway and that I can cut it short by taking the easy way out by giving an injection to end their life, then the door to abuse has opened.

[Translation]

Il s'agit d'un groupe de bénévoles constitué surtout de femmes, à Durham, près de Toronto. Je suppose que les hommes doivent mûrir un peu avant de pouvoir faire ce genre de travail. Outre les services des centres d'accueil, qui sont des établissements de soins, on offre maintenant les soins à la collectivité. Il s'agit de soins assurés non seulement par du personnel rémunéré, mais par des bénévoles dans les petites collectivités. Je ne sais pas si on offre de tels services dans les grandes agglomérations.

Les progrès dans le domaine des soins palliatifs sont constants. On affecte des crédits à ces programmes. Cependant, ces changements et ces progrès risquent d'être stoppés si on facilite davantage les choses pour certaines personnes.

L'euthanasie est-elle la solution à la souffrance et permet-elle une mort facile? À mon avis, elle a des répercussions sur les particuliers, la collectivité et les dispensateurs de soins. C'est sous ces angles qu'il faut envisager l'euthanasie. Les personnes souffrantes qui veulent mourir et qui souhaitent avoir le contrôle sur leur mort envisagent l'euthanasie comme une délivrance. De toute évidence, c'est ce que pensait Sue Rodriguez, tout comme l'homme dont j'ai parlé au tout début de mon exposé.

Le problème, c'est qu'une fois que le patient meurt, il n'a plus d'avenir. C'est fini. Peu importe que son avenir se soit résumé à quelques jours ou à quelques années, néanmoins, tout est terminé. Peu de personnes aux prises avec la souffrance sont capables de voir très loin.

Une autre chose qui me préoccupe, c'est que si l'on accepte l'euthanasie pour des personnes désavantagées par la souffrance et la maladie, il y en a beaucoup d'autres dans la société qui sont aussi relativement vulnérables en tant que particuliers, mais qui pourraient contribuer à la collectivité. Bon nombre de ces personnes sont handicapées, déficientes mentales ou très vieilles, et pourraient vouloir mourir elles aussi.

Si l'on permet à la collectivité de changer, alors, nous assisterons à une modification de la psychologie morale de la collectivité. Les gens diront: «Ce n'est plus interdit d'enlever la vie.» Le seul moment où la société a toujours permis à une personne d'enlever la vie d'autrui, c'était en cas de légitime défense ou pour assurer la défense de la collectivité, et des lois ont été adoptées en ce sens. Cependant, les choses changent lentement. Si nous légalisons d'autres possibilités d'enlever la vie, pour des raisons autres que la légitime défense, on ouvre alors la porte à des problèmes qui seront difficiles à régler.

À mon avis, la situation est particulièrement difficile pour les travailleurs de la santé parce que ce sont eux qui sont en contact avec des personnes atteintes de maladies graves. Je peux me battre jour et nuit pour essayer d'aider un malade à recouvrer la santé. Si je sais que mes efforts sont inutiles, si je sais que le patient va probablement mourir de toute façon et que je peux couper court à ses souffrances en adoptant la solution facile, soit lui donner une injection pour mettre fin à ses jours, alors je pense que l'on vient d'ouvrir la porte aux abus.

[Text]

There is an ongoing search for other ways to relieve pain and illness, which can be cut short if we make the way easier for physicians or others to end life.

I think a danger exists for those who are challenged, physically handicapped or old.

There have been particular recent experiences that we all know about in Germany during the Second World War where the original idea was to rid one of persons who were not useful to the community, and this spread to other groups fairly quickly — and now in Holland where euthanasia is not legally recognized but not legally punished, provided certain guidelines are followed.

We are being pushed in this country to produce some similar guidelines, to say it is all right to cause another person's death even if he has not threatened you or done any harm to you or done any harm to the community. We have another reason now for killing them and we will open that up and say, "If they are suffering, we will kill them."

The Dutch experience is particularly difficult. There is an article in the *British Medical Journal* written by two persons who are intimate with the Dutch situation, who have worked with the Dutch government and who are physicians there. The estimate now is that one in fifty persons in Holland dies from euthanasia. They die from the direct action of physicians in causing death. It is suggested that about a third of those people have not expressed a wish for death. They were either incompetent at the time and we do not know what they wanted, or their thoughts were not known before death, and the physicians looking after them have made the decision that they are late in their life, that their life is not worthwhile. Some of them, I suppose, were suffering; it is hard to know if a person is suffering if they are quite incompetent. And the physicians have caused the death of these people.

That is not a small number. Approximately 130,000 people die per year in Holland, and 2 per cent to 4 per cent of those die from euthanasia — over 2,000 people a year.

It is estimated from the number of doctors now being open enough to agree with the legislated method for review of these situations, that only half are being reported through a reporting mechanism, a regulatory mechanism which they are relying on now in Holland. They say in their paper that this is an experiment which they have tried; that they have made considerable advance over the last five to ten years that this has been functioning; and that they are now beginning to learn more about how to control the activity.

Whether that is the way we want to go, that is the way we are being pushed to go. We are being pushed to say it is all right to cause a person's death even though we have not been threatened by that person; that it is all right to do that now, and we will create some regulations that allow us to do so. Look at Holland and you see the abuses that occur in a very, very enlightened society with strong regulations and with a relatively small and geographically

[Traduction]

On fait actuellement des recherches sur d'autres moyens d'atténuer la douleur et la maladie, qui peuvent être court-circuités si on permet aux médecins ou à d'autres personnes de mettre fin plus facilement aux jours de quelqu'un.

Je pense que le danger existe pour les personnes aux prises avec des difficultés, les handicapés physiques ou les vieillards.

Durant la Seconde Guerre mondiale en Allemagne, on a assisté à des expériences que nous connaissons tous où l'idée première était de se débarrasser de personnes qui n'étaient pas utiles à la société, doctrine qui a été appliquée assez rapidement à d'autres groupes. Aujourd'hui, en Hollande, où l'euthanasie n'est pas reconnue légalement mais n'est pas punie en loi, on permet la même chose à condition de suivre certaines directives.

Au Canada, on nous presse de produire des lignes directrices semblables, pour dire qu'il est correct de causer la mort de quelqu'un d'autre, même si cette personne ne vous menace pas, ne vous fait pas de tort personnellement ni ne porte préjudice à la collectivité. On a maintenant une autre raison de les tuer et on va maintenant dire ceci: «Si ces personnes souffrent, nous allons les tuer.»

L'expérience hollandaise est particulièrement difficile. Deux personnes qui connaissent très bien la situation dans ce pays, qui ont travaillé avec le gouvernement hollandais et qui sont médecins là-bas ont rédigé un article publié dans le *British Medical Journal*. On estime aujourd'hui qu'une personne sur cinquante meurt d'euthanasie en Hollande et ce, par suite d'une mesure directe d'un médecin qui cause la mort. On laisse entendre qu'un tiers de ces personnes n'auraient pas exprimé le désir de mourir. Soit qu'elles étaient incapables à ce moment-là et on ne sait pas ce qu'elles voulaient, soit qu'elles n'avaient pas fait part de leurs désirs avant de mourir et que leur médecin a décidé qu'elles étaient à la fin de leurs jours et que leur vie n'avait plus tellement de valeur. Certaines d'entre elles, je suppose, souffraient; c'est difficile de savoir si une personne souffre si elle est incapable. Les médecins ont causé la mort de ces gens.

Et ce n'est pas seulement quelques personnes. Environ 130 000 personnes meurent par année en Hollande et 2 à 4 p. 100 d'entre elles sont euthanasiées, soit plus de 2 000 personnes par année.

D'après les médecins qui sont maintenant assez ouverts pour se conformer au nouveau mécanisme d'examen des cas d'euthanasie prévus par la loi, on estime que seulement la moitié des cas sont déclarés à l'aide du mécanisme réglementaire que l'on utilise maintenant en Hollande. Les médecins signalent dans leur article qu'ils ont tenté l'expérience, qu'ils ont fait d'énormes progrès depuis la mise en marche du projet, soit une période de cinq à dix ans, et qu'ils commencent maintenant à mieux savoir comment contrôler les choses.

Peu importe que l'on veuille adopter ou non une telle façon de procéder, il n'en demeure pas moins que c'est dans cette direction qu'on veut nous forcer à aller. On nous force à dire que c'est correct de causer la mort d'une personne même si elle ne nous a pas menacés, que c'est correct de procéder ainsi maintenant, et qu'on va adopter des règlements en ce sens. Regardez ce qui se passe en Hollande et voyez les abus qui se produisent dans une

[Texte]

coherent population. If they are able to proceed with their study and still show this amount of abuse, I think we are not ready in Canada to face that yet. Part of our community interest is still in protecting the rights of our community.

What happened with the man I was telling you about? James came into hospital late last year with pneumonia. He was conscious, but he would have been dead within 24 hours if he had not had vigorous treatment of his pneumonia. He was quite competent and he decided he would accept treatment by oxygen and by antibiotics and by suction to remove the sputum, which would allow him to clear his pneumonia. There was about a one-in-five chance that he would respond to treatment.

James responded well to treatment and, prior to discharge, he said that he appreciated the treatment but that he wanted ventilation, that he wanted the use of the mechanics we have to continue breathing only if he was awake and distressed, but not if he came into hospital or was found unconscious. In other words, he did not want resuscitation.

He went home and, fortunately, he had friends and he had some family around home. We made arrangements for palliative care in an institution if the home got too much for him. Four weeks after that, he was found comatose at home and died at home.

Were James' wishes for an easy death recognized? Did he have an easy death? Was the action of the health care provider, three months or six months before, saying, "I am sorry. I cannot contribute to that by giving you an injection or by doing things which would cause your death", justified? There is the situation. You can figure it out.

Fortunately, the medical people did not have to figure it out because James decided for himself. At post mortem, he was found to have an early pneumonia and apparently had died of pneumonia.

The arguments for and against voluntary euthanasia have been given here, along with some numbers which I have taken a paper I am putting together. However, I think the practical response provided for James and the balance of the arguments which are written there suggest that there should be alternative methods of handling the situation, rather than altering the Criminal Code or altering legislation.

I would suggest that the present regulations of the Criminal Code not be changed, that it remain a criminal activity to contribute to the death of another person.

I would suggest, from a health care person's point of view, that health care professionals be kept as healers rather than terminators of life. That is not universal in my profession; I can tell you that. Studies in the United States, in Canada and in Britain have revealed the dichotomy within the profession.

[Translation]

société très conscientisée, dotée de règlements très efficaces et d'une population relativement petite et assez bien répartie sur le plan géographique. Si la Hollande est capable de procéder à une telle étude et de montrer qu'il y a quand même tant d'abus, je pense que nous ne sommes pas encore prêts à faire face à cette situation au Canada. Dans l'ensemble, les gens veulent toujours que l'on protège les droits de la collectivité.

Qu'est-il arrivé de l'homme dont je vous ai parlé? James a été hospitalisé à la fin de l'année dernière, atteint d'une pneumonie. Il était conscient, mais il serait mort en 24 heures s'il n'avait pas eu les traitements vigoureux qu'on lui a donnés contre sa pneumonie. Il était assez conscient et il a décidé d'accepter le traitement à l'oxygène et aux antibiotiques; en outre, il a consenti à ce qu'on procède à une succion pour enlever les expectorations, ce qui nous a permis de dégager ses poumons. Il avait à peu près une chance sur cinq de bien réagir au traitement.

James a bien réagi au traitement. Avant de quitter l'hôpital, il a dit avoir apprécié les traitements mais qu'il voulait la ventilation qu'il se proposait d'utiliser pour respirer seulement s'il était conscient et perturbé, mais non pas s'il venait à l'hôpital ou qu'il était trouvé inconscient. Autrement dit, il ne voulait pas qu'on le réanime.

Il est retourné chez lui, où, heureusement, des amis et certains membres de sa famille l'entouraient. Nous avons pris les dispositions nécessaires pour qu'il ait des soins palliatifs dans un établissement s'il ne pouvait plus rester à la maison. Quatre semaines plus tard, il a été trouvé dans le coma à la maison et il est mort chez lui.

Est-ce qu'on a tenu compte du désir de James d'avoir une mort paisible? A-t-il eu une mort paisible? Est-ce que, trois ou six mois auparavant, le travailleur de la santé a eu raison de lui dire qu'il était désolé, mais qu'il ne pouvait pas contribuer à sa mort en lui donnant une injection ou en ayant recours à une autre méthode? Voilà la situation. À vous de juger.

Heureusement, le personnel médical n'a pas eu à prendre de décision parce que c'est James qui a décidé pour lui-même. À l'autopsie, on a trouvé qu'il avait un début de pneumonie et que c'est ce qui l'aurait emporté.

Je vous ai présenté les arguments en faveur de l'euthanasie volontaire et contre ce procédé, de même que certaines statistiques tirées d'un document que je suis en train de rédiger. Cependant, je pense que la solution pratique proposée pour James et que le reste des arguments qui figurent au document précité laissent voir qu'il devrait y avoir d'autres moyens de faire face à la situation, plutôt que de modifier le Code criminel ou la loi pertinente.

À mon avis, le Code criminel, dans sa forme actuelle, ne devrait pas être modifié et le fait de contribuer à la mort d'une autre personne devrait toujours demeurer une activité criminelle.

Si j'envisage la situation du point de vue du travailleur de la santé, je pense que les professionnels de la santé doivent continuer d'être des guérisseurs et non pas des gens qui mettent fin à la vie des autres. Cette opinion n'est pas partagée par tout le monde au sein de ma profession, je peux vous l'assurer. Des études

[Text]

The present situation provides for community interests. It provides for health care support, and it presses forward the continuing efforts that we are making to ameliorate, to make better, the patient's way of dying. I think this will be hard for individual patients; there is no question of that. However, altering the present legislation will alter that chain of responsibilities and it will lead our community into hazardous ways and perhaps harmful ways as well.

You can look at the law — and one of the more recent journals suggests there is a considerable difference between the law in the books and the law in action. If you are lawyers, perhaps you know that. I think that is true, and it provides a considerable degree of latitude to the judicial organs in dealing with the problem. I am not sure whether that is good or not.

Once again, rather than move the community to a way of allowing death to occur, I would sooner have things stay as they are and have physicians uncomfortable with ending another person's life. It does occur. It occurs in few situations now, and it may occur in many more if we proceed further. Thank you.

Senator Beaudoin: You have put forward the question of palliative care. Certainly that is a good solution, and we all agree on that.

Referring to what you call voluntary euthanasia, do you make a distinction between assisted suicide and voluntary euthanasia, or is assisted suicide some form of euthanasia?

Mr. Senn: I regard it as a form of euthanasia if I define euthanasia as I did, as being the action of a person contributing to the death of another person. That is euthanasia, as far as I am aware. If the person wants it, you call it voluntary. I believe that giving an injection or giving medicines is essentially the same thing.

Senator Beaudoin: My next question deals with the theory of abuses, what is sometimes called the theory of the slippery slope. I am a jurist myself. When we deal with difficult cases in law, we try to be very precise. Of course, we are always fighting against abuses. I understand that you are against voluntary euthanasia in principle, not only because it may lead to abuses.

In my view, there are two situations: Either a thing is good or a thing is bad, and sometimes it is difficult to know, of course, which is which. Some people say, "Yes, it may be good in certain cases, but it may be bad in some others, and since it may lead to abuses, or since there is the theory of the slippery slope, it should be prohibited in all cases."

To me, that is a problem. If it is a question of principle, then I understand that we are against it if it is bad in principle. If it is good to a certain extent but dangerous, then that is another story.

[Traduction]

effectuées aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne révèlent que les deux courants de pensée existent.

Aujourd'hui, on met l'accent sur l'intérêt de la collectivité. On est disposé à accorder des soins de santé, on tient à ce qu'on fasse des efforts constants pour améliorer, pour rendre plus facile, la mort du patient. Je pense que cela est difficile pour certains patients, cela ne fait aucun doute. Cependant, si on modifie la loi actuelle, on viendra briser le maillon des responsabilités, ce qui risque d'être dangereux pour notre collectivité, voire de causer de graves problèmes.

On peut examiner la loi, mais on a laissé entendre récemment qu'il y a une grande différence entre la loi en théorie et la loi telle qu'elle est appliquée. Si vous êtes avocat, vous le savez peut-être. Je pense que c'est vrai et que les instances judiciaires ont beaucoup de latitude pour aborder le problème. Je ne sais pas si c'est bon ou non.

Là encore, plutôt que de permettre à la collectivité de faire en sorte que la mort puisse se produire, je pense que les choses doivent rester comme elles sont et que les médecins doivent continuer à être mal à l'aise quand vient le temps de mettre fin aux jours d'une autre personne. Ça se produit parfois aujourd'hui, et la situation pourrait se répéter beaucoup plus si nous allions plus loin. Merci.

Le sénateur Beaudoin: Vous avez parlé des soins palliatifs. Certes, c'est une bonne solution et nous sommes tous d'accord à ce sujet.

Quand vous parlez d'euthanasie volontaire, faites-vous une distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie volontaire, ou le suicide assisté est-il une forme d'euthanasie?

M. Senn: Je le considère comme une forme d'euthanasie si je définis l'euthanasie comme je l'ai fait, c'est-à-dire l'action d'une personne qui contribue à la mort d'une autre. C'est de l'euthanasie, en ce qui me concerne. Si la personne le souhaite, on dit que l'euthanasie est volontaire. Pour moi, donner une injection ou des médicaments, c'est essentiellement la même chose.

Le sénateur Beaudoin: Ma deuxième question porte sur la théorie des abus, ce que l'on appelle parfois la théorie du «terrain glissant». Je suis moi-même juriste. Quand on aborde une question difficile en droit, on essaie d'être très précis. Bien sûr, on veut toujours prévenir les abus. Je crois comprendre que vous êtes contre l'euthanasie volontaire en principe, non seulement parce qu'elle risque d'engendrer des abus.

À mon avis, l'alternative est la suivante: soit qu'une chose est bonne, soit qu'elle est mauvaise, et parfois il est difficile de savoir, bien sûr, laquelle est laquelle. Certains vont dire: «Oui, ça peut être une bonne chose dans certains cas, mais ça peut être mauvais dans d'autres, et puisque cela risque de provoquer des abus, et compte tenu de la théorie du «terrain glissant», on devrait l'interdire dans tous les cas.»

À mon avis, c'est un problème. S'il s'agit d'une question de principe, je comprends alors que nous nous y opposions si le principe est mauvais. Si la chose est bonne dans une certaine mesure mais dangereuse, ça c'est une autre histoire.

[Texte]

You considered the Dutch practice. I agree with you that there is obviously a danger there.

You are a doctor. Do you consider it impossible to draft a text of law that would take care of every possible abuse, or is that too much to ask from human nature? I do not know if my question is clear.

Mr. Senn: The question is clear, and I think I have tried to give the background of the principle.

You are right about the principle. I think the principle of ending another's life for any reason except in defending yourself or your community is wrong. That is a principle, and there are several reasons for that principle.

When it comes to implementing a change, that is a difficult one. All I can say is that, when we look back at societies, we find people have allowed suicide and allowed aid in ending other's lives previously. This has happened in India; this has happened in Greece; this has happened in other societies. It is not just the Nazi experience. There are historical precedents which say that, once you open the gate, you remove the line.

I regard any line that we set by legislation now as a line in the sand. The line we have now is so clear that nobody can mistake it. If the fellow is going to kill you, you have a right to defend yourself. If he is going to destroy your community, you have a right to defend yourself and to destroy him. That is very clear. That is a simple thing for my mind. I can understand that.

However, when it comes to saying, "Well, we'll kill them because they're suffering" — and we will use nice words. We will not say "kill them;" we will say "end their life at their request". If we change to that, it strikes me that that is not nearly as easily recognizable and not nearly as easily legislated into firm lines. That is my real concern.

When it comes to implementing it, do you want a secret? The secret is that it is certainly being done.

Senator Beaudoin: Suppose, hypothetically, a person thinks it is not bad in principle to end the life of another person who is suffering. The difficult question in law is the consent.

Some persons are healthy enough to give a clear consent, and some others are not, obviously. A consent may not be entirely voluntary because there is some pressure. We have the civil code and the common law. Those two systems of law come to the conclusion that consent may be void in certain circumstances. This is why jurists say it is very difficult to be quite sure that a consent is voluntary and clear-cut. Because of possible abuses, they say it is better to prohibit everything. I understand that you are of that last school of thought.

[Translation]

Vous avez parlé de la situation en Hollande. Je suis d'accord avec vous qu'il y a de toute évidence un danger.

Vous êtes médecin. À votre avis, est-il impossible de rédiger un texte de loi qui couvrirait tous les abus possibles, ou est-ce là trop demander à la nature humaine? Je ne sais pas si ma question est claire.

M. Senn: Votre question est claire, et je pense avoir essayé de décrire sur quoi repose le principe.

Vous avez raison au sujet du principe. À mon avis, le principe voulant qu'on puisse mettre fin aux jours d'une autre personne pour quelque raison que ce soit, sauf en cas de légitime défense ou pour défendre les intérêts de la collectivité, est erroné. Voilà le principe, qui s'explique par plusieurs raisons.

Quand vient le temps de mettre une modification en oeuvre, ce principe est difficile à appliquer. Tout ce que je peux dire, c'est que si on examine un peu l'histoire des sociétés, on constate que l'on a permis le suicide et l'aide aux mourants auparavant. La chose s'est produite en Inde, en Grèce, dans d'autres sociétés. Les Nazis ne sont pas les seuls à l'avoir fait. Il existe des précédents historiques selon lesquels une fois qu'on ouvre la porte, le seuil n'existe plus.

À mon avis, toute loi adoptée en ce sens ne serait qu'une limite tracée dans le sable. Or, la limite que nous avons aujourd'hui est tellement précise que personne ne peut s'y méprendre. Si quelqu'un veut vous tuer, vous avez le droit de vous défendre. Si quelqu'un veut détruire votre collectivité, vous avez le droit de vous défendre et d'éliminer cette personne. C'est très clair. C'est là une chose bien simple, que je puis comprendre.

Cependant, quand on en vient à dire qu'on va tuer des personnes parce qu'elles souffrent, on utilise de beaux mots, plutôt que de dire qu'on va les «tuer», on dit qu'on va «mettre fin à leurs jours à leur demande». Si l'on en vient à cela, ce qui me frappe, c'est que les balises qu'on pose ne sont pas aussi facilement reconnaissables et pas aussi faciles à insérer dans un texte de loi. C'est ce qui m'inquiète vraiment.

Pour ce qui est de la mise en application de cette approche, voulez-vous que je vous confie un secret? Le secret, c'est que oui, on procède bien ainsi.

Le sénateur Beaudoin: Supposons qu'une personne estime qu'il n'est pas mauvais en principe de mettre fin aux jours de quelqu'un qui souffre. En loi, la difficulté, c'est celle du consentement.

Certaines personnes sont suffisamment en santé pour donner un consentement précis, alors que d'autres, de toute évidence, ne le sont pas. Il se peut que le consentement ne soit pas totalement volontaire à cause de pressions qui auront été exercées. Nous avons le Code civil et la *common law*. Ces deux systèmes juridiques en viennent à la conclusion que le consentement peut être sans valeur dans certaines circonstances. C'est la raison pour laquelle les juristes disent qu'il est très difficile d'être certain qu'un consentement est volontaire et non ambigu. En raison d'abus possibles, ils estiment préférable de tout interdire. Je crois savoir que vous appartenez à cette école de pensée.

[Text]

Mr. Senn: I am when it comes to life. I am not with other things. When it comes to life, I think it is a gift. It is something that we have and, if we lose it, as far as we know, we are not going to have anything else going on on this earth for us.

Senator Beaudoin: It is definite.

Mr. Senn: It is very different from a will that is made for your property. I think those wills are great. I would be pleased to talk about living wills, but that is for another day.

That is very difficult. What we are dealing with is living persons, and I think they need great protection. The reason they need protection is that, when they are suffering, they are not rational. How much have you suffered, and how reasonable are your decisions at those times?

They may be perfectly competent and say beforehand, "I would die." They may be like James. They may come in, knowing they are going to die, but they are not having pain with their death, and they will say, "I want to be treated." There is a big problem there.

I am not quite a dinosaur. I am almost a dinosaur, I agree but, when it comes to supporting people who are alive, I think that is what doctors are about. It may be that you have to support them through suffering, but not support them by causing their death so that they do not suffer. That is the big difference.

Senator Lavoie-Roux: With regard to the Dutch experience, you said that one in fifty die from euthanasia and that, of those, one third experienced euthanasia without any type of consent. Do you mean that, if they had expressed the wish to have assisted suicide or euthanasia, you would have felt differently? Or is it the slippery slope?

Mr. Senn: I am not concerned about the slippery slope thing; I am concerned about a principle. This type of information indicates to me that, even in a well-regulated situation, when you conduct a questionnaire which did not require the identification of the person, doctors say that one third of the people they assisted in dying gave no indication they wanted to die. That is bothersome. It is farther along the line and it fits with my principle.

Even with the voluntary wish of a suffering person to die, I find it difficult to say that that is informed consent in either legal or medical terms, the reason being that, when people are suffering, they are emotionally unstable. You cannot say they are so depressed that they are not competent, but you know very well they might say anything to get rid of the pain. Have people the entitlement then to say, "Snuff me out; end my life now?" I have great difficulty with that.

I am not so much impressed by the slippery slope as by the fact that there are a lot of financial resources available for persons to

[Traduction]

M. Senn: Oui, lorsqu'il s'agit de la vie. Non, dans d'autres cas. Je pense que la vie est un cadeau, que c'est quelque chose qui nous est donné et que, si nous la perdons, pour autant que je sache, on ne nous redonne rien d'autre sur cette terre.

Le sénateur Beaudoin: C'est bien certain.

M. Senn: C'est très différent d'un testament que vous aurez fait pour léguer vos biens. Je pense que les testaments sont excellents. Je serais heureux de parler du testament biologique, mais une autre fois.

La question est très difficile. Ce dont il s'agit, c'est de personnes humaines et je pense qu'elles ont besoin de beaucoup de protection. La raison pour laquelle il en est ainsi, c'est que lorsque des personnes souffrent, elles ne sont pas rationnelles. Quand une personne souffre, est-ce qu'elle prend des décisions raisonnables?

La personne peut être parfaitement capable et dire: «Je vais mourir.» Ce sont peut-être des gens comme James. Ils se présentent à l'hôpital, sachant qu'ils vont mourir, mais n'ont pas de problèmes avec leur mort et acceptent d'être traités. Que faire en pareil cas?

Je ne suis pas tout à fait un dinosaure, mais presque. Je suis d'accord, mais quand vient le temps de venir en aide à des gens qui sont vivants, je pense que c'est ce que font les médecins. Il faut probablement appuyer ces gens dans la souffrance, non pas causer leur mort afin qu'ils ne souffrent plus. C'est là qu'est la grande différence.

Le sénateur Lavoie-Roux: En ce qui concerne l'expérience hollandaise, vous avez dit qu'une personne sur cinquante est euthanasiée et que l'on a pratiqué l'euthanasie sur un tiers de ces personnes sans leur consentement. Si ces personnes avaient exprimé le désir d'avoir un suicide assisté ou l'euthanasie, auriez-vous pensé la même chose? Ou sommes-nous sur un terrain glissant?

M. Senn: La théorie du «terrain glissant» ne me préoccupe pas tellement ici, c'est le principe qui m'inquiète. Ce que je comprends de cette information, c'est que, même dans une situation bien réglementée, quand vous donnez un questionnaire qui n'oblige pas le répondant à s'identifier, les médecins disent qu'un tiers des personnes qu'ils ont aidé à mourir n'ont donné aucune indication qu'elles voulaient mourir. Ça me dérange. Ça va encore plus loin et c'est conforme à mes principes.

Même lorsque la personne souffrante exprime volontairement le désir de mourir, j'ai de la difficulté à soutenir qu'il s'agit de consentement éclairé tant sur le plan juridique que médical, pour la bonne et simple raison que lorsque les gens souffrent, ils sont émotivement instables. On ne peut pas dire qu'ils sont déprimés au point d'être incapables, mais vous savez très bien qu'ils peuvent dire n'importe quoi pour ne plus souffrir. Qu'on permette aux gens de dire «Endormez-moi, mettez fin à mes jours», j'ai beaucoup de difficulté à comprendre cela.

Je ne suis pas tellement impressionné par la théorie du «terrain glissant» mais par le fait qu'on dispose d'énormes ressources

[Texte]

learn how to handle that situation better. If there is an easy way out, I think we will use the easy way.

Senator Lavoie-Roux: You have said that we have made progress in terms of the care of the dying and that your experience indicates that effective pain control can be achieved in almost all cases. We have heard that from many witnesses who have appeared before us. What do you do for the one whose pain you cannot relieve?

Mr. Senn: That statement is true for pain; it is not true of the angst of dying. People are disturbed that they will die; they are emotionally upset, and it is very difficult to deal with that. It implies that you have a total plan of care for that patient before they get to that stage, so that they have had time to consider it and have been forced to consider it. By the time they have reached that level they have been able to think about it and work through it.

We probably cannot give to 10 per cent of people relief for their pain and anxiety. That is what we are working on. Do you make a law for that small number that applies to everyone? The law of this country stands for the protection of the individual; I agree with that. Such a proposal does not protect the individual, because the individual at that stage is unable to make a rational decision. I do not know what value rationality has, but we think it is valuable.

Senator Lavoie-Roux: On several occasions we have been told — and I would like you to call upon your experience to confirm the statement — that in hospitals, hospices, nursing homes and so on, whether we like it or not, we resort to some form of euthanasia with or without consent. If that is so, that is also dangerous.

Would you say there would be some use in clarifying the guidelines that already exist, even though they might be good in terms of protecting the public, so that we don't run into that kind of weakness with regard to dying people?

Mr. Senn: We are also dealing with the weakness of the health care person in this situation. If you talk privately to physicians, you will learn that occasionally they may actually cause death. The question is whether you try to legalize such a method, so that people can creep into that notch somehow, or whether it remains illegal so that they can be prosecuted for wrong-doing.

The death of a person caused by a physician is almost universally with the agreement and understanding of the family and with the knowledge of the patient beforehand. I do not regard that as a terrible abuse and I do not think anybody will ever prosecute those people. As a matter of fact, I do not think such cases will ever reach court.

[Translation]

financières pour trouver des moyens de mieux contrôler la situation. Je pense que si l'on peut trouver une solution facile, c'est celle-là que nous allons utiliser.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez dit que nous avons fait des progrès en ce qui concerne les soins accordés aux mourants et que d'après votre expérience, dans presque tous les cas, on arrive à contrôler la douleur. Nombre des témoins qui ont comparu devant notre Comité ont dit la même chose. Mais que faites-vous de ceux dont on ne peut pas contrôler la douleur?

M. Senn: Vous avez raison quand il s'agit de la douleur, mais pas en ce qui concerne l'anxiété face à la mort. Les gens sont perturbés par le fait qu'ils vont mourir, ils sont perturbés sur le plan émotif, et il est très difficile de composer avec ce genre de situation. Il faut donc avoir un plan de soins pour le patient avant qu'il n'en soit là, de sorte qu'il aura eu le temps de réfléchir et qu'il aura été forcé de le faire. Avant d'atteindre ce palier précis, le patient aura été capable de réfléchir.

On n'arrive probablement pas à contrôler la douleur et l'anxiété chez environ 10 p. 100 des personnes. C'est là-dessus que nous travaillons. Doit-on adopter une loi générale pour un nombre très limité de personnes? La loi canadienne vise la protection de l'individu, je suis d'accord. Une telle proposition ne protège pas l'individu, parce que la personne à ce stade-là est incapable de prendre une décision rationnelle. Je ne sais pas quelle valeur on doit accorder au caractère rationnel, mais nous croyons que cet aspect est valable.

Le sénateur Lavoie-Roux: On nous a dit à plusieurs occasions — et j'aimerais faire appel à votre expérience pour que vous nous le confirmiez — que dans les hôpitaux, les centres d'accueil, les foyers pour vieillards et ainsi de suite, que cela nous plaise ou non, on recourt à une certaine forme d'euthanasie avec ou sans le consentement de la personne. Si tel est le cas, ça aussi c'est dangereux.

À votre avis, vaudrait-il la peine de clarifier les lignes directrices qui existent déjà même si elles servent probablement bien à protéger le public, de sorte que nous n'ayons pas à aborder ces questions de manquement en ce qui concerne les mourants?

M. Senn: Nous tentons également de trouver une solution au problème de la faiblesse du professionnel de la santé dans ce cas. Si vous vous entretenez en privé avec les médecins, vous allez apprendre qu'à l'occasion, il leur arrive de causer la mort d'un patient. La question est de savoir si on doit légaliser une telle méthode, dont les gens vont tenter de profiter, ou si ce geste doit demeurer illégal de sorte que le médecin puisse être poursuivi pour avoir causé des torts à quelqu'un.

Lorsqu'un médecin provoque la mort d'une personne, il le fait presque toujours avec le consentement et la compréhension de la famille, en sachant que le patient en a été informé au préalable. À mon avis, ce n'est pas un abus grave et je ne pense pas que qui que ce soit engage des poursuites en justice pour cela. En fait, je ne pense pas que de telles causes seraient même présentées devant les tribunaux.

[Text]

I think the weakness of a health professional should be bolstered by the fact that, should they contribute knowingly to a death, they stand the chance of facing a penalty. That is because we are weak.

Senator Corbin: Dr. Senn, I want to subscribe to your view that we can considerably expand and improve the palliative care process. It follows on the heels of the recognition that more research needs to be done to alleviate pain and anguish. Could you lead us into the specific areas that need to be further studied?

In looking at the elements of recommendations, this committee would have to take those considerations very much into account. I believe we have not substantially looked at the area of the alleviation of pain and anguish. Could expand on that area?

Mr. Senn: Traditionally, palliative care has been in institutions. It has been in acute care hospitals and other institutions in the community. We have learned how to control 90 per cent of severe pain, and our knowledge in that area will improve as new pharmacologic agents and new methods are developed.

In the palliative care field, we have learned how to support people appropriately. This is the caring function of medicine, which has always been there. People say we are losing that function of medicine because we have so much technology now that we do not need to care any longer. As long as we treat the patient, they will get better. Well, that sort of marshalling people to give supportive care is coming about. People are learning how to do that. That is in institutions.

I referred to the volunteer group in Durham. That is now beginning to spread into homes in Canada. It is spread not with highly trained volunteers, but with trained — these people are trained for three half days by the community group. They go into the home to give relief or help at various times. They are received very well. That is support. That is supportive care by you or me or anyone, not medical expertise. That must be developed. That calls on the charity of people to help other people.

Those are all supportive measures that need to be taken.

What can we learn through research? Well, I have mentioned the pharmacology. We can also learn a great deal from the Dutch experience. I hate to say the Dutch take the risks and find the way, but that is, in essence, what they have done so far. Our community does not need to take that path at this time. We can benefit from our experience and if, as the optimists say, it will improve even more, we will see that in another year or two years.

[Traduction]

À mon avis, le professionnel de la santé qui commet un manquement devrait savoir que s'il contribue sciemment à la mort de quelqu'un, il risque de se voir imposer une sanction. Cette peine lui est imposée parce qu'il a failli à ses obligations.

Le sénateur Corbin: Docteur Senn, je suis d'accord avec vous pour dire que l'on peut augmenter et améliorer de beaucoup les soins palliatifs. Et ce, compte tenu du fait qu'il faut faire davantage de recherches pour atténuer la douleur et l'angoisse. Pourriez-vous nous dire dans quels secteurs précis on devrait faire davantage de recherches?

Avant de présenter ses recommandations, le Comité devra sérieusement tenir compte de ces considérations. Je pense que nous n'avons pas examiné à fond la question de l'atténuation de la douleur et de l'angoisse. Pourriez-vous nous donner plus de détails?

M. Senn: Depuis toujours, les soins palliatifs sont offerts dans les établissements de santé, que ce soit dans des centres hospitaliers de soins de courte durée ou dans d'autres établissements. On sait maintenant comment contrôler 90 p. 100 de la douleur, et je pense que nous allons faire des progrès dans ce domaine au fur et à mesure que l'on mettra au point de nouvelles méthodes et de nouveaux agents pharmacologiques.

Dans le domaine des soins palliatifs, nous avons appris comment donner un soutien approprié aux gens. Ça, c'est l'aspect humanitaire de la médecine qui a toujours existé. Les gens prétendent que cet aspect humanitaire se perd au sein de la profession médicale parce qu'on a aujourd'hui trop de technologie et que l'on n'a plus besoin de s'intéresser aux gens. Tant et aussi longtemps qu'on traite un patient, il va récupérer. Eh bien, je pense qu'on assiste de plus en plus au sein de la population à ce désir d'obtenir des soins, de faire en sorte qu'on s'occupe des gens et les gens apprennent comment le faire. Je parle ici de la situation dans les établissements.

J'ai parlé du groupe de bénévoles de Durham. De tels programmes commencent à se répandre partout au Canada. Ce ne sont pas des bénévoles qui reçoivent une longue formation, les gens sont formés pendant trois demi-journées par un groupe communautaire. Ils vont dans les foyers pour alléger la tâche des gens ou les aider à différents moments. Ils sont très bien reçus. Ça c'est du soutien. Ça se sont des soins d'appui qui sont donnés par des gens ordinaires, non par des spécialistes médicaux. Et il faut développer ces programmes. On fait appel à la charité des gens pour aider les autres.

Ce sont là des mesures de soutien qu'il nous faut adopter.

Mais que pouvons-nous tirer de la recherche? Eh bien, j'ai parlé de la pharmacologie. On peut aussi tirer grandement parti de l'expérience hollandaise. Je me vois bien forcé de reconnaître que les Hollandais prennent les risques et essaient d'y voir clair, mais c'est essentiellement ce qu'ils ont fait jusqu'à maintenant. Actuellement, le Canada n'a pas besoin d'emprunter cette voie. Nous pouvons profiter de notre expérience et si, comme le disent les optimistes, les choses s'améliorent encore davantage, nous allons le constater dans un an ou deux.

[Texte]

To experiment on a large scale in Canada will be very difficult. I do not think you need many more than 15 million people — which they have in Holland — to conduct a good experiment. The clinical experiment is underway as to the crafting of a policy and regulations that will allow this to work. I do not think we need to do that. The Dutch are doing that.

How else can we learn? We must learn to better distribute our resources in health care. Many have said that before, but 90 per cent of our moneys are spent in large, acute care hospitals. That is great, but it means that people in chronic care, palliative care, and outreach into the community are poorly supported.

We must closely monitor these three areas. The first is to watch what is going on in Holland; the second is to further develop the institutional aspects of care, such as pain management and development of supportive people; and the third is to develop home care.

Health care givers are encouraged to establish a total care plan early in the course of illness so that if a patient has cancer or other problems, the care givers can say, "This is what will happen and this is how will we cope." People will learn that.

The larger community must accept death. Our community does not accept death. Who here accepts death, except when it is pushed down your throat? I do not have a way of handling that issue

The Chairman: Dr. Senn, the article you referred to can be found in which journal?

Mr. Senn: That article is in the *British Medical Journal*, May 21, 1994. It appears at pages 1332-1334.

The Chairman: Does it have a title?

Mr. Senn: The title is — pardon me, that is another article.

The article you are referring to appears in the same journal, the same date, and the title is "Euthanasia in the Netherlands".

The Chairman: Thank you very much.

Mr. Senn: I will give you the pages.

The Chairman: We can locate the pages in the journal.

Senator Keon: Doctor Senn, the advocates of euthanasia frequently express euthanasia as "death with dignity". They make the point that although palliative care is very good for a large segment of the population, at this point in time it is not capable of providing a dignified death for significant numbers of people; and that the traditional way of allowing them to slip away without actively doing anything is providing an undignified death for them. They move on to the next phase, which is rather than stand and watch, it is a very simple matter to slip them potassium chloride and let them go before all of that

[Translation]

Il sera très difficile de procéder à une expérience sur une grande échelle au Canada. Je ne crois pas que l'on ait besoin de beaucoup plus de 15 millions de personnes, soit la population de la Hollande, pour mener une bonne expérience. L'expérience clinique est actuellement en cours quant à savoir quelles politiques et quels règlements permettront de faire ce genre de choses. Je ne crois vraiment pas que nous ayons besoin de cela. C'est ce que les Hollandais font.

Mais que devons-nous améliorer d'autre? Il nous faut apprendre à mieux répartir nos ressources en matière de soins de santé. Ce n'est pas la première fois qu'on le dit, mais 90 p. 100 de notre argent est dépensé dans de grands hôpitaux de soins de courte durée. C'est bien, mais cela veut dire que les gens qui ont besoin de soins de longue durée, de soins palliatifs et du soutien de la collectivité sont mal desservis.

Il faut surveiller étroitement ce qui se passe dans les trois cas suivants: d'abord, il faut voir ce qui se passe en Hollande; ensuite, il faut développer l'aspect institutionnel des soins, comme la gestion de la douleur et l'élaboration de programmes de soutien. Enfin, il faut développer les soins donnés à la maison.

On invite les dispensateurs de soins de santé à établir un plan global de soins dès le début de la maladie de sorte que si un patient est atteint de cancer ou souffre d'autres problèmes, ils pourront lui dire ceci: «Voilà, c'est ce qui va se produire, et voilà également comment nous allons vous traiter.» Les gens vont savoir à quoi s'en tenir.

La collectivité dans son ensemble doit accepter la mort. Ce n'est pas le cas de la nôtre. Qui ici accepte la mort, sauf lorsqu'il est vraiment rendu à la limite? Je n'ai pas de solution à ce problème.

La présidente: Docteur Senn, dans quel journal peut-on retrouver l'article dont vous avez parlé?

M. Senn: Cet article a été publié dans le *British Medical Journal*, numéro du 21 mai 1994. Il se trouve aux pages 1332 à 1334.

La présidente: A-t-il un titre?

M. Senn: Le titre est, excusez-moi, c'est un autre article.

L'article dont vous parlez paraît dans le même journal, la même date, et il s'intitule «*Euthanasia in the Netherlands*».

La présidente: Je vous remercie beaucoup.

M. Senn: Je vais vous donner les pages.

La présidente: On va les retrouver.

Le sénateur Keon: Docteur Senn, les tenants de l'euthanasie décrivent souvent cette méthode comme la «mort dans la dignité». Ils soutiennent que même si les soins palliatifs sont très bons pour une grande partie de la population, il reste qu'actuellement, ils ne permettent pas de donner une mort digne à un très grand nombre de personnes; en outre, soutiennent-ils, la façon traditionnelle de permettre aux gens de mourir sans prendre quelque mesure active que ce soit équivaut à leur assurer une mort indigne. Leur argument suivant, c'est qu'au lieu de regarder passivement les gens mourir, il est très simple de leur donner du chlorure de

[Text]

occurs. How do you handle that situation? I listened very carefully to everything you have said, and you have not touched on that issue.

Mr. Senn: I tried to skirt some things, Dr. Keon. That is really difficult.

One of the cautions I would make relates to a story about a patient in a hospital in Toronto. The patient was obviously dying and was given potassium chloride, not by a doctor, but by a nurse. In other words, once it is open, it is open.

How do you manage the person you cannot manage and wishes to die? That is long-term. We will not solve that problem today or tomorrow. The bandaid approach is that if a patient comes at a stage where he or she will die soon, and the patient, the family and those about agree that pain relief or relief of anguish should be provided by medication, they you provide as much as you can.

You use what medication is necessary to relieve discomfort. That is still palliative care, and it deals with most of the discomfort. There is still some that is not dealt with, and I do not know how to handle that. In my practice, which is an in-hospital practice, you give as much medication as you need to relieve discomfort. The only trouble I have is that the residents want to give too much the day before.

One of the coroners in town has made it very clear to us that he looks carefully at deaths which occur quickly. He looks in particular at the way the medication is given. Giving it in slowly increasing amounts is compatible with trying to relieve the distress of the patient with as little interference as possible. If he finds that a person has received 50 times the usual dose, or has received potassium chloride instead of morphine or whatever is required, he will bring that to legal attention. This is one way of dealing with it.

Senator Keon: I have had limited experience in this, because of my specialty which is nothing like yours. In your own enormous experience in this field have you ever questioned whether the system was doing what it should for a patient or whether you were watching a patient who had slipped beyond what human dignity should be?

Mr. Senn: It would be impossible for me to answer that in any way but affirmatively. At the same time, if the patients I am dealing with get to that level, it is usually very late in their life. Usually being there with them is the answer, rather than increasing dosages.

I have had people ask me, a day or two before they died, why we could not end their life that day. If they are still able to understand and communicate reasonably, most of them are

[Traduction]

potassium et de les laisser partir avant que tout cela ne se produise. Que pensez-vous de cela? J'ai écouté très attentivement tout ce que vous avez dit, mais vous n'avez pas abordé cette question.

M. Senn: J'ai essayé de contourner certaines questions très difficiles, docteur Keon.

Je vais vous citer l'histoire d'un patient dans un hôpital de Toronto, et j'aimerais ensuite faire une mise en garde à cet égard. De toute évidence, le patient était mourant et une infirmière, pas un médecin, lui a donné du chlorure de potassium. Autrement dit, une fois la valve ouverte, on ne revient pas en arrière.

Que faut-il faire lorsque vous n'avez aucun contrôle sur le patient et que celui-ci désire mourir? On ne trouvera pas la solution tout de suite. Nous n'allons pas résoudre le problème aujourd'hui ou demain. La solution de fortune, c'est que si le patient en arrive à un moment où il va bientôt mourir, et que celui-ci, sa famille et son entourage sont d'accord que l'on devrait atténuer la douleur ou l'anxiété à l'aide d'une médication, alors vous faites ce que vous pouvez.

Vous utilisez tous les médicaments nécessaires pour faire disparaître l'inconfort. Là encore, ce sont des soins palliatifs, qui visent à atténuer la plupart des malaises. Mais il en reste d'autres qu'on ne réussit pas à amoindrir, et je ne sais pas comment on peut y arriver. Dans ma pratique, en milieu hospitalier, on donne tous les médicaments nécessaires pour que le patient ne ressente plus de douleur. Selon moi, le seul problème, c'est que les résidents veulent trop en donner la journée avant la mort.

L'un des coroners de la ville nous a dit très précisément qu'il examine soigneusement les décès qui se produisent rapidement. Il examine en particulier la façon dont les médicaments sont administrés. Un médicament administré lentement, par doses progressives, c'est tout à fait correct lorsqu'on veut essayer d'atténuer la douleur du patient en le perturbant le moins possible. Si le coroner constate qu'une personne a reçu 50 fois la dose habituelle, ou qu'on lui a donné du chlorure de potassium au lieu de la morphine ou d'un médicament qui est nécessaire, il va soumettre la question aux tribunaux. C'est là une façon de voir les choses.

Le sénateur Keon: J'ai eu très peu d'expérience dans ce domaine, parce que ma spécialité n'a rien à voir avec la vôtre. D'après votre très grande expérience dans le domaine, vous êtes-vous déjà demandé si le système fait vraiment ce qu'il devrait faire pour un patient ou si vous constatez simplement l'état dans lequel se trouve le patient qui est passé au-delà des limites de la dignité humaine?

M. Senn: Je suis incapable de répondre à cette question d'une autre façon que par l'affirmative. Cependant, si les patients que je traite atteignent ce stade, c'est habituellement que la maladie est sur le point de les emporter. Normalement, le fait d'être avec eux, c'est la solution à leur problème, plutôt que d'augmenter les doses.

Certaines personnes, une journée ou deux avant leur mort, m'ont demandé pourquoi on ne pouvait pas mettre fin à leurs jours cette journée-là. Si ces gens-là sont toujours capables de

[Texte]

satisfied with your being there and saying, "I am going to be around, the family is going to be around. We are not going to walk out. We are going to give you as much of what you need as we can, but I am not going to cause you to die by giving you an injection. That is not my intent."

I have never had a patient say, "But you have to", or go to someone else and say, "You have to". The giving of very large amounts of medication to cause death is a reflex response. It is shielding the weakness of the health professional who will not sit there and be with that person, which is what they want. They want someone with them. They may yell and cry and have great difficulty, but they want someone with them. Giving them high doses of medication is the easy way out.

The Chairman: Dr. Senn, thank you very much for your presentation.

We will now hear from Madame Angèle St-Germain, who is a nurse with many years' experience in palliative care. She has spoken at many conferences and seminars on issues relating to palliative care and pain control and on some ethical and philosophical issues from her point of view.

We are glad to have you with us, Madame St-Germain.

Mme Angèle St-Germain: Madame la présidente, honorables sénateurs, merci de me permettre de m'adresser à vous.

D'abord, je dois préciser que c'est en mon nom personnel que je suis ici. Je fais partie de l'Association d'entraide Ville-Marie, qui est un service de soins palliatifs à domicile, qui oeuvre sur tout le territoire de Montréal et de Laval. C'est un service qui existe depuis 20 ans. Environ 25 infirmières y travaillent. Aucun médecin n'est attaché directement à nos services. Nous travaillons avec l'ensemble des médecins du secteur.

Je visite environ six patients par jour. Tous ces gens sont en phase terminale ou préterminale de cancer. Il y a plus de 1 200 ou 1 300 patients par année dans le service.

La première constatation que je veux vous soumettre, c'est qu'aucun des ces malades (depuis 10 ans que j'y travaille) ne m'a demandé l'euthanasie. Aucun de ces malades, au dire de mes collègues et confirmé par notre président, ne demande l'euthanasie à l'Entraide Ville-Marie. C'est une belle question.

J'apporte aussi un autre fait qui m'a amenée ici. Je lisais un article d'Alain Stanké dans le journal *La Presse* (je n'ai pas la référence précise, mais il y a à peu près un mois et demi ou deux) qui parlait des sondages faits auprès du public. On y faisait état de toutes sortes de généralités dont, dans un entrefilet, que 85 p. 100 des gens de notre société demandent l'euthanasie.

Je vous pose la question. Si 85 p. 100 des gens demandent l'euthanasie, expliquez-moi pourquoi personne ne m'a jamais demandé l'euthanasie. Expliquez-moi pourquoi à l'Entraide

[Translation]

comprendre et de communiquer raisonnablement, la plupart d'entre eux sont contents que vous soyez là pour leur dire: «Je suis là, la famille est là, nous n'allons pas vous abandonner. Nous sommes ici pour vous donner tout ce dont vous avez besoin, mais je ne vais pas causer votre mort en vous donnant une injection. Ce n'est pas mon intention.»

Mais jamais un patient ne m'a obligé à faire cela ni n'a prié quelqu'un d'autre de le faire. Donner de très grandes doses d'un médicament pour causer la mort, c'est un réflexe. Cela cache la faiblesse du professionnel de la santé qui ne sera pas aux côtés de la personne, ce qui est ce qu'elle veut. Les patients veulent avoir quelqu'un avec eux. Ils peuvent crier, éprouver beaucoup de difficulté, mais ils veulent sentir une présence auprès d'eux. Leur donner des doses importantes de médicaments, c'est la solution facile.

La présidente: Docteur Senn, nous vous remercions beaucoup de votre exposé.

Nous allons entendre maintenant le témoignage de Mme Angèle St-Germain, infirmière comptant de nombreuses années d'expérience dans le domaine des soins palliatifs. Elle a présenté son point de vue lors de nombre de conférences et de séminaires sur des questions touchant les soins palliatifs et le contrôle de la douleur, de même que sur des questions éthiques et philosophiques.

Nous sommes heureux de vous avoir avec nous, madame St-Germain.

Mrs. Angèle St-Germain: Madam Chair, honourable senators, thank you for letting me make this presentation.

First, I must explain that I am appearing here on my own behalf. I am a member of the *Association d'entraide Ville-Marie*, which is an organization that provides palliative care services at home and covers all the territory of Montreal and Laval. This service has been in existence for twenty years and some twenty-five nurses work for it. No doctor is directly attached to our service and we work with many doctors in the sector.

I visit approximately six patients each day. All these people are in the terminal or pre-terminal stage of cancer. Our service deals with between 1,200 and 1,300 patients each year.

The first observation that I should like to make is that none of these patients — in the ten years that I have worked there — has asked me to administer euthanasia. According to my colleagues, and this has been confirmed by our president, none of these patients has asked Entraide Ville-Marie to administer euthanasia. It is a tricky question.

I should also note another factor that led me to appear before you. I read an article by Alain Stanké in *La Presse* — I don't have the precise reference but it was six or eight weeks ago — that talked about public opinion polls. The discussion was in very general terms but it included a separate item stating that 85 per cent of people in our society request euthanasia.

I would put the question to you: if 85 per cent of people want euthanasia, can you explain why nobody has ever asked me to administer it. Can you explain why at Entraide Ville-Marie,

[Text]

Ville-Marie, où l'on a de 1 200 à 1 400 patients par année, personne ne demande l'euthanasie.

Dans mes réflexions et dans ma préparation à cette audition, j'en suis venue à me poser des questions. Vous connaissez cette expression: Si on pose mal le problème, on risque fort de mal identifier les solutions. On risque fort d'être à côté des bonnes réponses.

J'ose vous soumettre l'interrogation: Est-ce qu'il n'y a pas quelque chose de biaisé dans tout le discours, dans toutes les interrogations sur l'euthanasie?

Si je vous demande, à vous qui êtes en situation de légiférer, à vous qui préparez notre société de demain, de faire en sorte que moi, que ma mère, ou que nous tous puissions avoir une mort digne, puissions avoir une mort sans souffrance, une mort qui respecte l'individu, une mort qui respecte les demandes, est-ce qu'il n'est pas étrange d'entendre dans ces propos que je demande l'euthanasie?

On a fait, je ne sais pas comment, une association entre mort digne et mort par euthanasie. Est-ce que ce n'est pas là une interrogation étrange? Pour moi (et c'est un peu le but de mes propos) je souhaite vous présenter ma perception d'une mort digne.

Cette perception, je la base sur ce que j'ai vécu auprès des gens, auprès des malades, auprès de leurs familles, dans la chambre à coucher, à la table de cuisine, dans leur intimé. J'ai cette chance de travailler à domicile. Quand on développera l'aspect et les possibilités, la concrétisation des soins palliatifs, je reparlerai du sens des soins palliatifs à domicile.

Je dis que j'ai cette chance. Je pense que l'on peut le confirmer par nous-mêmes, c'est chez soi, avec les siens, que l'on est le plus soi-même, que l'on est plus dans sa vraie vie.

À l'hôpital, on arrive, on nous met en jaquette et l'on nous demande d'être un bon malade en faisant ce que l'on nous dit de faire. Il y a une dépersonnalisation dont a bien parlé, et à quelque part, on perd le cours de sa vie. On devient un malade puis on essaie d'être un bon malade parce que l'on a peur de manquer de soins.

Donc, à la table de cuisine depuis 10 ans, j'ai fait de la formation en soins palliatifs. J'ai été dans différents milieux pour essayer de discuter avec mes collègues ou l'ensemble des gens, de la façon que l'on peut faire pour arriver à une fin de vie qui soit digne, qui permette aux gens d'aller jusqu'au bout de leur vie.

Je présente la mort à partir de cette analogie. Mourir, c'est comme un rendez-vous de la vie. Puis à un rendez-vous, l'on arrive à l'heure, ni avant et ni après. Puis à un rendez-vous, il se passe quelque chose. La mort, c'est quelque chose de plus que le vide, le non-sens, l'absurde, le froid, le noir, et cetera.

Ma perception, je vais la présenter sous forme d'anecdote. Un jour, une femme était à l'agonie à cause d'une hémorragie. C'était un cas de cancer généralisé impliquant quatre ans de bataille.

[Traduction]

where we see between 1,200 and 1,400 patients each year, nobody has requested euthanasia.

In my thinking and preparation for this hearing I asked myself two questions. You are probably familiar with the expression: if we ask the wrong question, we may well obtain the wrong answers. And there is a serious risk that we will miss the right answers here.

I would venture to ask you the following question: is there not something biased in this whole discussion, in all the questions on the subject of euthanasia?

If I ask you, since you sit in Parliament and can pass laws and since you are involved in the process of preparing our society of tomorrow, to ensure that I, that my mother, or that we all can have a dignified death, could have a death without suffering, a death that respects the individual, a death in accordance with requests, is it not strange to hear in these statements that I am requesting euthanasia?

An association has been made, I do not know how, between a dignified death and death by euthanasia. Is this not a strange question? For me — and this is to some extent the object of my presentation — I should like to describe for you my idea of a dignified death.

This idea, and it is based on what I have experienced among people, among patients and their families, in the bedroom, at the kitchen table, at very close quarters. I have this good fortune to work in people's homes. When we move on to the aspect and the possibilities, the concrete form taken by palliative care, I shall come back to the meaning of palliative care at home.

I said that I have this good fortune. I think we can confirm this for ourselves: it is at home, with his or her loved ones that a person is most him- or herself, that people can best live their real lives.

At the hospital, people arrive, they are put in jackets and then asked to be good patients by doing what they are told to do. There is a depersonalization about which there has been much talk, and somewhere people lost track of their lives. They become patients and then they try to be good patients because they are afraid that they will miss out on care.

So, at the kitchen table for the last ten years I have provided training in palliative care. I have been in various situations in an attempt to talk with my colleagues or people generally about the way people can reach the end of their lives in a manner that is dignified and that enables people to live their lives to the end.

I shall describe death on the basis of this analogy. Dying is like an appointment in life. For an appointment you arrive on time, not early and not late. And then at an appointment something happens. Death is something more than emptiness, non-meaning, the absurd, the cold, the dark and so on.

I shall give you my perception in the form of an anecdote. One day, a woman was in great pain because she was haemorrhaging. Her body was riddled with cancer following a four-year battle with the disease.

[Texte]

Ce n'est pas parce que l'on apprend que l'on a un cancer, que l'on est intelligent, que l'on sait qu'il est évolutif avec les métastases, et cetera, que l'on accepte de mourir.

Mon orientation de soins, c'est d'écouter ce que demande la personne et de respecter cette demande. Ce n'est pas original comme orientation. Dans la philosophie des soins palliatifs, le chef de file, le docteur Kübler-Ross, il y a 20 ans, a utilisé cette clé, l'écoute.

Mais évidemment, avec l'écoute, il y a le respect de la demande qui va à côté, si l'on veut être logique. Je veux être guidée par ce sens de l'écoute et respecter la demande. Dans ce sens, une personne est entrée en hémorragie. Elle pouvait avoir trois heures à vivre, peut-être trois jours mais elle a vécu trois semaines. Pourquoi?

Elle avait une promesse et elle avait une organisation de soins palliatifs qui lui permettaient de ne jamais souffrir plus que cinq minutes. C'est ce qu'on lui avait dit. On se revire de bord et l'on ajuste l'analgésique. Mais jamais pour en donner plus que pour le besoin. Vous savez (j'espère que cela a été dit) l'antidote de la morphine et de tous les analgésiques, c'est précisément la douleur.

Quand j'entends mille fois répéter toutes ces assertions en disant que les soins palliatifs acceptent la mort, que donner de la morphine raccourcit les jours, je ne sais pas où l'on a pêché cela. Ce n'est pas ce que je vis.

Donner un analgésique proportionnel à la douleur prolonge la vie, il ne la raccourcit pas. À cette femme, nous donnions des doses relativement usuelles de 100 milligrammes de morphine aux quatre heures, par exemple, par la bouche. Évidemment, une hémorragie intestinale, on ne pouvait plus rien lui donner par la bouche, on a passé aux injections sous-cutanées. C'est tout simple comme traitement et ça ne coûte même pas cher.

En trois semaines, on a dû augmenter la morphine de jour en jour et d'heure en heure. Après trois heures de perte de contrôle de la douleur (cela peut être long trois heures quand on souffre) et pour respecter la promesse qui lui avait été faite par les médecins, les infirmières, la famille et tout le monde qui formait cette équipe si indispensable pour arriver à accomplir ces soins jusqu'au bout, toujours sous l'autorisation du médecin, en équipe et en bonne coordination (cela s'est passé à 5 heures du matin et l'on était rendu à 100 milligrammes sous-cutanés aux quatre heures, aux trois heures, aux deux heures et aux heures) l'infirmière a pris la décision d'administrer le médicament par intraveineuse.

Alors, vous voyez, on discute des pro rata mais l'on vient d'augmenter la dose d'une façon énorme.

Est-ce que l'on prenait le risque de l'euthanasie? La question à se poser, elle est unique. Est-ce qu'il y a une douleur, est-ce qu'il y a un besoin de soulagement d'une douleur physique? On ne soulage pas la peine par de la morphine, ni la colère, et cetera. La question posée avait comme réponse oui, il y a une douleur physique. Je vous assure qu'en passant intraveineux, ce dosage m'inquiétait, je l'avoue. Cette femme a vécu trois jours de plus. Elle n'a donc pas été euthanasiée par ce dosage. Elle est morte après trois semaines.

[Translation]

It is not the knowledge that a person has cancer that makes him or her intelligent, that makes people know that it develops as a result of metastasis and so one, that people accept death.

My approach to care is to listen to what a person is asking for and to respect those requests. This is not an original approach. In the philosophy of palliative care the leader, Dr. Kübler-Ross, discovered twenty years ago that the key was listening.

Obviously, when people listen, they respect the request that goes alongside, if we want to be logical. I wish to be guided by this concept of listening and to respect the request that is made. In that sense a person started haemorrhaging. She might have had three hours to live, possibly three days but, in fact, she lived for three weeks. Why?

She had a promise and she had a palliative care organization that enabled her never to suffer for more than five minutes. That is what she had been told. You change the approach and adjust the pain-killer. Although they never give more than is needed. You know — and I hope this has been said — that the antidote to morphine and all other pain-killers is precisely pain.

When I hear people repeating thousands of time over all these statements that palliative care accepts death or that morphine can be administered so as to shorten people's lives, I do not know where they dig all that stuff up. That is not my experience.

If a pain-killer is given in proportion to the pain, this prolongs life; it does not shorten it. We gave that woman relatively standard doses of 100 milligrams of morphine every four hours, for example, orally. Obviously, since she had intestinal haemorrhaging she could not be given anything more orally and we moved over to injections. It's a very simple treatment and is not even very expensive.

Over the three-week period we had to increase the morphine dose from one day to the next and from one hour to the next. After three hours of loss of control of the pain — and three hours can be a long time when a person is in pain — and to keep the promise that had been made to her by the doctors, the nurses, the family and everybody who made up this team that was so indispensable in providing such care to the end, always under medical supervision, in a well co-ordinated team — this happened at 5:00 am and the dose had been increased to 100-milligram injections every four hours, three hours, two hours and then every hour — the nurse made the decision to administer the medication intravenously.

So, you see, we are talking about proportions but we had increased the dose enormously.

Were we taking the risk that we might administer euthanasia? The question to be asked is unique. Is there pain, is there a need for relief of physical pain? It is not possible to relieve pain by morphine, anger or anything else. The answer to the question asked was yes, there is physical pain. I can assure you that when we started administering the drug intravenously, the dose caused me concern; I admit it. This woman lived for three more days. So she was not euthanized by this dosage. It took her three weeks to die.

[Text]

Je peux vous dire qu'à un moment donné, j'étais à une certaine distance d'elle et j'ai vu son visage, évidemment extrêmement pâle, extrêmement amaigri. C'est sûr que c'est impressionnant une fin de vie et c'est sûr que le corps est changé. Mais l'être vit dans plus que son corps.

J'ai vu ce visage qui m'apparaissait resplendissant, je la trouvais belle. J'ai même dit à son mari qu'il ne pouvait certainement pas la voir pas comme je la voyais. Mais moi, je la voyais belle. Je comprends dans cela le sens de mon travail d'infirmière en soins palliatifs, d'aider les gens à devenir ce qu'ils sont. Quand, à la fin de la vie, ils deviennent ce qu'ils sont, ils sont beaux, quel que soit le corps qui, effectivement, est amoindri.

Il s'est passé une réunion de famille qui a permis, pendant ces longues et pénibles journées, certes, une réconciliation, permis des retrouvailles, permis des adieux. Je ne sais pas si vous entendez la subtilité du double sens du mot «adieu». C'est un patient qui me l'a fait remarquer un jour. On se confie à Dieu. Mais tout cela, il faut du temps et le temps qu'il faut.

À la sixième ou septième journée, cette dame m'a dit: Angèle, c'est long. Oui, cela peut être long. Elle se savait en hémorragie, elle se savait en dernière journée de vie.

Dans les mots du langage parlé, je vais le dire de même: «Tough comme tu es, endurente comme tu es, ça fait quatre ans que tu es malade.» Elle avait voyagé, elle avait vécu intensément pendant ces quatre ans-là. Je lui ai dit: «Tu vas aller jusqu'au bout, tu ne mourras pas avant.»

Pourquoi elle n'était pas morte huit jours avant? Tout ce que je pouvais comprendre c'est quelle était encore là. C'est à partir de ce moment-là qu'elle a identifié, effectivement, pour elle quelque chose qui lui restait à faire. Il s'est passé des retrouvailles extraordinaires qui ont changé la vie pour elle, et pour ceux qui restent. Cela m'amène à conclure à la façon dont on meure, tout peut changer pour ceux qui partent et pour ceux qui restent.

Une mort digne ce n'est pas nécessairement une mort rapide. La souffrance fait partie de la vie et Dieu sait combien je m'insurge contre la douleur. On n'a pas le droit de baisser les bras. On n'est plus au Moyen âge pour laisser mourir nos gens en douleur.

Cependant et à travers la théorie du deuil, je dois constater et il n'y a personne ici dans cette salle qui n'a pas eu de la souffrance dans sa vie, des difficultés et des passages pénibles. Précisément, de ces passages pénibles nous sommes sortis grandis. Essayer d'imaginer que mourir va être facile, moi, je ne peux pas concevoir cela. C'est toujours difficile. Cela peut être beau, cependant. Même beau, mais toujours difficile. Ce n'est pas un voyage en Floride que l'on prépare. Cela reste un départ pénible, et cetera.

Cependant, si je fais ce que nous connaissons depuis tant d'années dans notre connaissance «Médicale», et j'emploie le «M» majuscule pour parler de tous les intervenants dans notre système de soins. J'utilise souvent cette revue qui remonte à 1984. C'est une étude par Santé, Bien-être social Canada qui se demandait à cette époque s'il nous fallait de l'héroïne pour soulager la douleur de ceux qui avaient le cancer. La réponse a

[Traduction]

I can tell you that at one particular point I was some distance away from her and I saw her face, obviously extremely pale, extremely thin. The end of a life is certainly very impressive and the body has certainly changed by that time. But a being lives in more than his or her body.

I saw that face that seemed to me to be radiant, I found it beautiful. I even told her husband that he could certainly not see her as I saw her. Because I saw her as being beautiful. In all that I find the meaning of my work as a palliative care nurse, to help people to become what they are. When, at the end of their lives, they become what they are, they are beautiful, regardless of how ravaged their bodies actually are.

There was a family reunion that made it possible during those long and painful days, certainly, to have a reconciliation, permitted reunions and farewells. I don't know whether you note the subtlety in the double meaning of the word "farewell". It was a patient who pointed it out to me one day. You entrust yourself to God. But all of that takes time and as much time as it takes.

On the sixth or seventh day, this lady said to me: Angèle, it takes a long time. Yes, it can be long. She knew that she was haemorrhaging, she knew that she was in the last day of her life.

I shall say it likewise in colloquial language: "Tough as you are, with all the endurance you have, you've been ill for four years now". She had travelled, she had lived intensely during those four years. I told her: "You'll go right to the end. You won't die before that".

Why had she not died eight days earlier? All that I could understand was that she was still there. It was at that moment that she in fact identified for herself something that remained for her to do. There was an extraordinary reunion that changed her life and the lives of those left behind. And this leads me to conclude that the way in which we die, everything can change for those who are departing and those who remain behind.

A dignified death is not necessarily a quick death. Suffering forms part of life and God knows how much I rise up against pain. We don't have the right to drop our arms. We are no longer in the Middle Ages, when they let their people die in pain.

However, and on the basis of grief theory, I must note and there is no one here in this room who has not experienced suffering in his or her life, or difficulties and painful times. It is specifically from those painful times that we have emerged enhanced. Trying to imagine that death will be easy, me, I cannot conceive of that. It is always difficult. However, it can be beautiful. Even beautiful, but always difficult. You are not getting ready for a trip to Florida. It is still a painful departure and so on.

However, if I do what we have been familiar with for the last many years in our "Medical" knowledge, and I use a capital "M" to speak about all those involved in our system of care. I often use this review dating back to 1984. It was a study carried out by Health and Welfare Canada which was wondering at that time whether heroin was required to ease the pain of those suffering from cancer. The answer was no. And in a very fine

[Texte]

été, non. Et par une très belle étude pancanadienne qui a été faite, la réponse, il y a 10 ans, était que nous avions ce qu'il faut pour soulager la douleur. Et cette douleur dans une proportion de 85 à 95 p. 100, (j'hésite parce que je dis toujours 90, j'ai de la misère à le croire moi-même,) donc, jusqu'à 95 p. 100 des douleurs de cancer sont faciles à soulager. Cela a été écrit il y a 10 ans. Depuis on a vraiment un meilleur arsenal à notre disposition.

Comment se fait-il qu'autant de gens soient encore aussi souffrants? Quatre-vingt-six pour cent des 950 répondants d'une étude publiée en 1993 aux États-Unis, (je laisserai aussi ce document pour consultation) donc 86 p. 100 des répondants: médecins et infirmières considéraient que les patients cancéreux n'étaient pas soulagés de leur douleur physique.

De façon très imagée mais tellement directe, je vais vous dire, que si vous torturez quelqu'un, il finira toujours à demander à mourir s'il n'y a pas d'espoir que sa douleur se termine.

Le premier point à considérer sur la question de l'euthanasie, c'est pourquoi autant de gens souffrent-ils encore? Faut-il avoir un cancer pour avoir droit au soulagement?

J'ai en tête cette dame qui avait de l'arthrite depuis 20 ans et qui bénissait son cancer de la vessie, parce qu'alors, enfin, elle a eu droit à la morphine. On la croyait mourante. Elle était tellement détériorée et quand elle a été soulagée, elle a vécu deux ans de plus.

Je me demande si certaines interrogations par rapport à l'euthanasie ne sont pas faussées? Je commence par cette notion de douleur mal soulagée.

Je parlerai du Québec, c'est mon point de référence. Au Québec, le docteur André Brizard a fait l'année passée une tournée de tous les centres de soins palliatifs et services quelconques, à savoir, les hôpitaux extra-hospitaliers, les services privés, les services publics, et cetera. Quelques milliers de personnes rencontrées, je crois que c'est 3 400, mais sa conclusion ferme c'est que les soins palliatifs sont à bâtir dans notre société. Il existe très peu de gens qui reçoivent des services de soins palliatifs adaptés.

D'abord, la plupart des gens entendent par services de soins palliatifs, soins aux cancéreux. Effectivement, une personne sur trois fait du cancer une fois dans sa vie, beaucoup plus qu'une personne sur cinq maintenant en meurt. C'est une portion importante de notre population. Cependant, quand on pose des questions relatives à l'euthanasie, on mélange tout. On utilise, par exemple, un cas comme celui de Sue Rodriguez, qu'on a très publicisé.

On parle de ceux qui souffrent. Comment se fait-il qu'on ne parle pas de ce qui est possible pour les soulager? Les soins palliatifs que je fais sont extrêmement simples. J'ai d'ailleurs parfois l'impression de travailler un peu dans la brousse avec mon petit sac sur l'épaule et avec absolument un minimum d'équipement.

Les médecins sont ceux qui sont déjà en service, soit le médecin de famille, soit le médecin spécialiste de l'oncologie, soit le radiologue, et cetera. C'est une équipe.

[Translation]

Canada-wide study that was carried out, the answer ten years ago was that we had all we needed to relieve pain. And that pain in a proportion of 85 to 95 per cent — I hesitate because I always say 90 but I find that figure hard to believe myself — so up to 95 per cent of cancer pain is easy to relieve. That was written ten years ago. Since then we have had an even better arsenal available to us.

How can it be then that so many people are still suffering so much? Eighty-six per cent of the 950 respondents in a study published in 1993 in the United States — I shall also leave this document here for you to consult — so 86 per cent of the respondents, who were doctors and nurses, felt that the physical pain of cancer patients was not relieved.

In a very picturesque but direct manner I am going to tell you that if you torture someone he will always end up asking to die if there is no hope that the pain will end.

The first point for consideration when we look at the euthanasia question is why so many people are still suffering. Do you have to have cancer in order to be entitled to relief?

I still have in mind that lady who had had arthritis for twenty years and who blessed her bladder cancer because she was finally entitled to use morphine. We thought she was dying. She had deteriorated so much yet when she finally obtained relief, she lived for two more years.

I wonder whether certain questions concerning euthanasia are not falsified? I shall begin with this idea of poorly relieved pain.

I shall talk about Quebec because that is my reference point. In Quebec, Dr. André Brizard last year did a tour of all palliative care centres and services, that is, non-hospital services, private services, public services and so on. He met with a few thousand people, I think it was 3,400, but his firm conclusion was that palliative care should be expanded in our society. There are very few people who receive appropriate palliative care services.

First, what most people understand by palliative care services is care for cancer patients. In fact, one person in three suffers from cancer once in his or her life and many more than one in five now dies of it. That is a large proportion of our population. However, when questions are asked concerning euthanasia, people get everything mixed up. People refer, for example, to a case like that of Sue Rodriguez, which received a lot of publicity.

There is talk of those who suffer. How can it be that there is no talk of what can be done to ease their pain? The palliative care that I provide is extremely simple. Moreover, I sometimes have the impression that I am working more or less in the bush with my little bag on my shoulder and with an absolute minimum of equipment.

The doctors are those who are already on duty, that is, family doctors, or specialists in oncology, radiology and so on. That is a team.

[Text]

Cette coordination des soins demande un investissement social minimal. On arrive à des résultats extraordinaires. Si je précise ces données, c'est pour donner une autre piste que celle qui est présentée par des maisons extrêmement bien dotées en soins palliatifs.

Je prends, par exemple, l'exemple de la maison Michel Sarazin à Québec qui est, à mon avis, l'équivalent d'un laboratoire de soins palliatifs. C'est merveilleux, une chance que nous l'avons. Il vaudrait aussi regarder un autre volet, à savoir, combien on n'a pas de recherche et de développement de soins palliatifs au niveau scientifique. Une maison comme celle de Michel Sarazin en fait.

Vous savez qu'un laboratoire coûte cher. On ne soigne pas les gens dans un laboratoire. Un système de laboratoire n'amène pas les mêmes coûts qu'un système hospitalier.

Quand on parle du développement des soins palliatifs et que l'on m'apporte l'argument du budget, je dis qu'avec peu on peut faire beaucoup.

Et, j'arrive à une autre notion: il nous faut arriver à resocialiser la mort. À peine autour de 20 quelque p. 100 des gens meurent à domicile. On a institutionnaliser la mort avec tout ce que cela comporte.

Les familles sont prêtes à s'investir beaucoup plus qu'on le dit. On les tient à l'écart de nos soins par une première constatation: ils n'ont pas l'information nécessaire pour être en mesure d'être proche des leurs. Le patient lui-même n'a pas toutes les informations qu'il lui faut pour être en mesure de gérer ses soins davantage. C'est un autre aspect.

De cela découle une capacité de prendre ses décisions. Comment voulez-vous prendre des décisions quand vous n'avez pas les bonnes informations?

Il y a une analogie qui me vient: en tant qu'administrateur vous avez à consulter des spécialistes, comme le patient consulte un spécialiste pour ses soins. Quand vous consultez, vous choisissez quelqu'un de compétent et, ensuite, vous vous attendez à ce que ce consultant vous donne ce qu'il en sait. Tout ce qu'il en sait. Vous ne vous attendez pas à ce que ce consultant sélectionne les informations qui sont bonnes pour vous et garde pour lui le restant.

Vous ne vous attendez pas non plus à ce que ce soit votre consultant qui prenne à votre place les décisions. Pourquoi en est-il différemment quand un patient consulte son spécialiste?

On aurait beaucoup moins de dilemmes de soins, si l'on avait cette orientation sociale des soins. On peut attendre beaucoup du système d'équipe: faire équipe autour du malade. Le chef de l'équipe en question, c'est qui le premier intéressé? C'est le malade et les siens. On devient des spécialistes à son service.

Je conclus en disant qu'il est relativement rare ou trop rare, pour être plus juste, que la relation patient-médecin est une relation de collaboration, est une relation qui n'est pas sous le patronage d'un autoritarisme.

[Traduction]

This co-ordination of care requires a minimal social investment. Extraordinary results are achieved. The reason why I am going into detail concerning these data is to give another view of things than that conveyed by institutions that are well equipped with palliative care capabilities.

For instance, I shall take the example of Michel Sarazin House in Quebec City which is, in my view, the equivalent of a palliative care laboratory. It is wonderful and we are lucky to have it. That is another issue that should be looked at, namely, how little research and development there is in the field of palliative care at a scientific level. An institution like Michel Sarazin House is involved in that.

You know that a laboratory is expensive. People are not cared for in a laboratory. A laboratory system does not have the same costs as a hospital system.

When I talk about the development of palliative care and people respond with arguments about budgets, I say that it is possible to do a great deal with very little.

And now I come to another idea: it is necessary for us to resocialize death. Barely twenty something per cent of people die at home. Death has been institutionalized with all that this involves.

Families are prepared to invest much more than is claimed. They are kept well away from our care by a first finding: they do not have the necessary information to realize that they can be close to their loved ones. Patients themselves do not have all the information they need to be able to manage their care more. That is another issue.

What flows from this is an ability to make decisions for oneself. How can you make decisions when you do not have the right information?

An analogy has just occurred to me: as administrators, you have to consult specialists just as a patient consults a specialist on the question of treatment. When you consult, you choose someone competent and then you expect this consultant to provide you with what he knows. Everything he knows. You do not expect this consultant to select the information that is good for you and to keep the rest to himself.

Nor do you expect that your consultant will make the decisions in your place. Why should it be different when a patient consults his or her specialist?

There would be far fewer care problems if we took this social approach to care. We can expect a great deal from a team system: a team should be formed around the patient. Who is the leader of the team in question, the party having the greatest interest? That is the patient and his or her family. We then become specialists in his or her service.

I shall conclude by saying that it is relatively rare, or all too rare, to be precise, for the patient-doctor relationship to be one of cooperation not marked by an authoritarian attitude.

[Texte]

Je ne voudrais pas prendre trop de temps et j'aimerais mieux vous permettre plus de questions. Je veux peut-être juste préciser qu'en pensant en terme de soins palliatifs, on peut entendre des gens l'associer à l'euthanasie. Pour moi, c'est strictement incompréhensible. Ce n'est pas parce que nous savons que la mort vient. Ce n'est pas parce que nous avons compris, comme soignants, que la mort fait partie du processus de vie de la personne qui est devant nous, que nous acceptons l'euthanasie.

Le respect de la mort qui vient dans la philosophie des soins palliatifs est un respect de la vie. Il n'y a personne sur notre planète qui a demandé à la médecine d'empêcher quelqu'un de mourir sur la planète. Une chance que notre médecine progresse et se développe pour nous soigner. Mais pour chacun d'entre nous, un jour viendra où ce sera le temps d'envisager la mort qui vient.

Pourquoi faut-il concevoir à ce moment-là un échec de la médecine? Pourquoi soigner ne peut pas aussi vouloir dire aller jusqu'au bout avec cette personne, l'aider au maximum de notre connaissance et de notre compétence. Et après, quand on ne peut pas faire plus, on comprend qu'il y a quelque chose d'autre qui va se présenter.

Les limites de soins ne sont pas un échec. J'ai l'habitude de dire que le patient ne demande pas ce qui impossible. Mais il demande à être soulagé.

Je vais terminer en vous disant que cette fameuse phrase que l'on entend, «j'en peux plus, je veux que cela finisse», ce n'est pas une demande d'euthanasie, c'est une demande d'analgésie. Quand nous aurons compris cela, et appliqué ces soins connus, et Dieu sait qu'on a besoin de développer plus la recherche là-dedans, mais si au moins on appliquait ces soins.

Il y un espace naturel dans la fin de la vie que l'on doit respecter. Il est étonnant de constater la lucidité des gens quand vient la mort. Tantôt quand le témoin nous disait: Un jour quelqu'un demande à être soigné et un autre jour quelqu'un demande à ne pas l'être. . .

The Chairman: I am sorry to interrupt. We are having technical difficulties with the microphones and the translators cannot hear. We will take a short break while the technician fixes the problem.

Le sénateur Beaudoin: Vous dites que personne ne vous a demandé à mourir. Je vous crois sur parole. Je n'ai aucune difficulté avec cela. Vous savez que les sondages affirment que les gens favorisent une forme d'euthanasie et vous dites que jamais personne ne vous a demandé l'euthanasie.

Comment expliquez-vous cela? Je pense que la réponse est la suivante: cela dépend comment on pose la question.

Deuxièmement, l'euthanasie pour les gens c'est tout de même quelque chose de pas très précis, c'est peut-être mourir sans douleur, tout simplement. Cela n'est pas de l'euthanasie que de mourir sans douleur. Tout votre témoignage va dans ce sens-là.

D'après moi, c'est seulement une question de point de vue, et d'objectif. Autrement dit, ce n'est pas parce que les gens ne demande pas l'euthanasie, que l'on ne peut pas expliquer les

[Translation]

I do not wish to spend too much time and I should prefer to let you ask questions. I should perhaps simply like to explain that when we think in terms of palliative care, we often hear people likening it to euthanasia. From my point of view, that is essentially incomprehensible. It is not because we know that death is coming. It is not because we have understood, as care-givers, that death forms part of the process of the life of the person who is before us that we accept euthanasia.

The respect for death that we find in the philosophy of palliative care is a form of respect for life. There is no one on our planet who has asked medicine to prevent anyone from dying on the planet. We are lucky that our medicine is making progress and developing in order to take care of us. However, for every one of us, a day will come when it will be necessary to contemplate impending death.

Why is it necessary at that point to assume that medicine will fail us? Why should care not mean also going to the end with this person, helping him or her to the maximum of our knowledge and skill. And afterwards, when we cannot do anything more, we understand that there is something else that will arise.

The limits of care are not a failure. I have a habit of saying that patients do not demand what is impossible. However, they do ask to be relieved.

I shall conclude by saying that the well-worn phrase that we hear "I've had enough, I want it to end" is not a request for euthanasia. It is a request for relief of pain. When we understand this and when we apply the care with which we are familiar and God knows that we need to carry out more research in this field, although it would be a start if we simply applied that care.

There is a natural space at the end of a life that we must respect. It is surprising to find that people are still lucid when death arrives. Just now when the witness told us: One day some one asks to be cared for and another day someone asks not to be cared for. . .

La présidente: Je suis désolée d'interrompre les travaux. Nous éprouvons des difficultés techniques avec les microphones et les interprètes ne peuvent entendre. Nous allons prendre une courte pause pendant que le technicien corrige le problème.

Senator Beaudoin: You say that nobody has asked you to help them die. I take you at your word. I have no problem with that. You know that polls have confirmed that people favour a kind of euthanasia and you say that nobody has ever asked you to administer euthanasia.

How do you explain that? I think that the answer is as follows: it depends on how you ask the question.

Second, euthanasia for people is nevertheless something that is not very specific, it is perhaps dying without pain, quite simply. Dying without pain is not euthanasia. Your whole testimony is to that effect.

In my opinion, it is only a matter of your point of view and your objective. In other words, it is not because people do not ask for euthanasia that we cannot explain the polls. In my view, the

[Text]

sondages. D'après moi, les sondages s'expliquent en ce sens que les gens peuvent être favorables à l'euthanasie pour une multitude de raisons. Mais s'ils étaient eux-même dans une situation difficile, peut-être changeraient-ils d'idée. Ceci n'était pas une question mais un commentaire.

Voici maintenant ma question: Qu'est-ce que l'on fait avec ceux qui veulent mourir mais qui ne souffrent pas physiquement? Ils peuvent souffrir de dépression ou d'anxiété.

Le sénateur Corbin: Avez-vous dit: Qu'est-ce que l'on fait avec les gens? Est-ce qu'il y a un problème?

Le sénateur Beaudoin: Mais, oui, tout le problème du suicide assisté, c'est cela. Les médecins nous disent que les personnes qui sont bien déprimées peuvent vouloir se suicider. Si elles réussissent, la question est, évidemment, réglée pour eux. Pour ceux qui sont incapables, est-ce qu'on doit accepter le suicide assisté? C'est dans ce sens-là que la question se pose.

La plupart de nos témoins viennent nous dire que oui. Le suicide assisté, dans le fond, c'est de l'euthanasie parce que c'est une autre personne qui aide une personne à mourir, donc c'est une forme d'euthanasie. Je pense que cela est probablement vrai, pour le moment du moins.

On a une disposition dans le Code criminel et la Cour suprême s'est divisée, cinq à quatre, là-dessus. Un des juges a dit que si une personne est incapable de se suicider, au nom de l'égalité devant la loi, on devrait permettre qu'on l'aide à se suicider. C'est un juge sur neuf juges qui a dit cela.

Vous devez sûrement penser, si j'ai bien compris votre exposé, que cela est de l'euthanasie et que cette personne-là ne devrait pas pouvoir poser cet acte parce que la théorie des soins palliatifs s'applique aux personnes qui souffrent.

Mme St-Germain: Que tous les gens en fin de vie.

Le sénateur Beaudoin: Qu'ils souffrent ou non?

Mme St-Germain: Qu'ils souffrent ou non.

Le sénateur Beaudoin: Personne n'est contre les soins palliatifs. Nous sommes tous pour cela, cela ne sert à rien d'insister, tout le monde est pour cela.

Si la personne veut, pour une raison ou une autre, disons parce qu'elle est déprimée ou non, commettre un suicide, elle le fait. C'est malheureux, je suis d'accord, mais elle le fait. Si elle ne peut pas le faire elle-même, est-ce qu'elle peut demander de l'aide?

La réponse, si l'on dit que c'est de l'euthanasie, c'est non, probablement.

Mme St-Germain: Si vous me permettez, je trouve que la façon que vous avez posé la question, élucide très bien l'exemple imagée d'un tricotage de nos grand-mères qui ne se comprennent plus dans leurs mailles. Nous en sommes venus à tout mélanger. Nous en sommes venus à appeler, euthanasie, une demande de soulagement de la douleur. Nous en sommes venus à appeler, euthanasie, une cessation de traitement quand le traitement ne représente pas de bénéfices positifs pour le malade.

[Traduction]

surveys can be explained in the sense that people may favour euthanasia for a multitude of reasons. But if they themselves were in a difficult situation, perhaps they would change their mind. This is not a question but a comment.

Now comes my question: What is to be done with those people who want to die but are not suffering physically? They may be suffering from depression or anxiety?

Senator Corbin: Did you say: What is to be done with these people? Is there a problem?

Senator Beaudoin: But, yes, the whole problem of assisted suicide, that is it. Doctors tell us that people who are very depressed may wish to commit suicide. If they succeed, the question clearly is settled for them. For those who are unable to do so, must we accept assisted suicide? That is the spirit in which the questions were asked.

Most of our witnesses tell us that the answer is yes. Assisted suicide, in essence, is euthanasia because it is another person who helps a person to die, so it is a form of euthanasia. I think that this is probably true, at least for the time being.

We have a provision in the Criminal Code and the Supreme Court was divided on the point, five to four. One of the judges said that if a person was incapable of committing suicide, in the name of equality before the law, that person should be helped to commit suicide. It was one judge out of nine who said that.

Surely, you must think, if I correctly understood your submission, that that is euthanasia and that this person should not be able to take such action because the theory of palliative care applies to people who are suffering.

Mrs. St-Germain: All those who have reached the end of their lives.

Senator Beaudoin: Whether or not they are suffering?

Mrs. St-Germain: Whether or not they are suffering.

Senator Beaudoin: Nobody is against palliative care. We are all in favour of that, there's no point in insisting, everybody is for it.

If a person wants, for one reason or another, let us say because he or she is depressed or not, to commit suicide, he or she does so. That's unfortunate, I agree, but that person will do so. If they cannot do it alone, can they ask for assistance?

The answer, if we say that it is euthanasia, is probably no.

Mrs. St-Germain: If I may, I find that the way you asked the question elucidates very clearly the colourful image of something knitted by our grandmothers who did know where their stitches were any more. We have managed to mix everything up. We have come to call a simple request for relief of pain euthanasia. We have come to call a simple cessation of treatment when the treatment no longer provides the patient with any positive benefits euthanasia.

[Texte]

Nous en sommes venus à mélanger la définition d'euthanasie, de suicide et de suicide assisté.

Le suicide est un des drames de notre société. On l'étudie quand vient le temps de parler du suicide. Il y a plein de jeunes, il y a plein de personnes âgées, il y a plein de gens qui pensent au suicide. Heureusement, il n'y en a pas autant qui se suicident. Il y a 50 tentatives de suicide pour un réel suicide, certaines études parlent de 100 tentatives. Une chance que tout ce monde n'a pas eu l'aide en question à cette heure-là!

Pire que cela. Il y a d'autres assertions qui disent que, dans une vie, il n'y a pas grand monde qui un jour ne s'est pas levé un matin en disant: J'ai envie d'en finir. C'est incroyable!

C'est donc que cette perception de la vie difficile, c'est un des passages de la vie. Ce ne sont pas des gens suicidaires.

La maladie mentale, le stress au travail et autres, c'est une des maladies de notre société, trop mal étudiées encore. Si on joint à cela le langage d'euthanasie, l'on finit par faire un tricotage où l'on ne se retrouve plus.

Pour moi, toute demande de suicide assisté demeure une demande d'euthanasie qu'il nous faut, de toute notre compétence de soignant, éviter. La seule question qui m'importe, c'est que le suicide soit décriminalisé. Cela s'est fait il y a 20 ans dans notre société.

Le sénateur Beaudoin: C'est déjà fait.

Mme St-Germain: C'est cela. Cela s'est fait il y a 20 ans dans notre société, Dieu, merci! Cela respecte cet espace de liberté de certaines personnes que je ne connais mais où l'on a le droit de décider pour sa vie. Le suicide est décriminalisé. S'il ne l'était pas, l'on aurait un problème. On aurait, à mon avis, une discussion là-dessus.

Outre cet aspect, tout ce qui s'appelle demande de suicide assisté, pour moi, est une fausse demande. C'est une demande d'aide, c'est une demande de soins.

Le sénateur Beaudoin: Pas dans le cas de Sue Rodriguez.

Mme St-Germain: Quand je lisais dans les journaux qu'elle souffrait énormément, je ne pouvais pas faire autrement que garder en tête cette question: de quelles souffrances me parle-t-on? A-t-elle les soins et le soulagement que notre science médicale connaît? Je n'ai pas de réponses. Je ne suis pas sur place.

Mais il existe des cas extrêmement rares et extrêmement compliqués. Puis il y en aura toujours. Ce n'est pas là-dessus que l'on fait une loi, à mon avis.

Mourir est plus nature que l'on pense. Cela s'enclenche quand c'est le temps et plus naturellement que l'on pense. Là-dessus, j'ai eu des exemples extraordinaires dans mon travail.

Je pense, par exemple, à un homme qui avait vécu une journée particulièrement belle avec sa femme. C'était un alcoolique qui était séparé et qui avait cinq enfants et des difficultés familiales. Vous pouvez imaginer! L'épouse avait décidé de reprendre son mari dans les derniers temps de sa maladie en lui disant, cependant, qu'il allait mourir à l'hôpital et qu'elle continuerait à

[Translation]

We have come to mix up the definitions of euthanasia, suicide and assisted suicide.

Suicide is one of the dramas of our society. It is studied when it is time to talk about suicide. There are a lot of young people, there are a lot of elderly people, there are a lot of people who contemplate suicide. Fortunately, not very many of them actually commit suicide. There are fifty attempted suicides for every actual suicide; some studies even talk of 100 attempts. We are lucky that not everybody has assistance at that point!

What is worse is that there are other statements that claim that in life there are not many people who have not got up one day and said: I'd like to end my life. It's incredible!

So this perception of a hard life is one of the stages of life. Those are not suicidal people.

Mental illness, stress at work and other factors are one of the diseases of our society that have still been too little studied. If we join with this the language of euthanasia, we end up knitting in a situation where we no longer know where we are.

From my point of view, every request for assisted suicide is a request for euthanasia that we must avoid, with all the means available to us as care-givers. The only question that is important to me is that suicide should be decriminalized. That happened twenty years ago in our society.

Senator Beaudoin: It's already been done.

Mrs. St-Germain: That's right. That was done twenty years ago in our society, thank God! That shows respect for this space of freedom for certain persons with which I am not familiar but where people have the right to decide in favour of life. Suicide is decriminalized. If it were not, there'd be a problem. In my opinion, there'd be a debate about that.

Besides that aspect, everything that could be called a request for assisted suicide is, in my opinion, a false request. It is a request for assistance, it's a request for care.

Senator Beaudoin: Not in the case of Sue Rodriguez.

Mrs. St-Germain: When I read in the papers that she was suffering a great deal, the only thing I could do was to keep this question in mind: what suffering are they talking about? Is there care or relief that our medical science is aware of? I do not have an answer. I was not on the spot.

But there are extremely rare and extremely complicated cases. And they will always be there. That is not why our laws are passed, it seems to me.

To die is more natural than people think. It happens when the time is ripe and more naturally than people think. I have seen some extraordinary examples of that in my work.

I am thinking, for example, of a man who had experienced one particularly wonderful day with his wife. He was an alcoholic who was separated and who had five children and family problems. You can imagine! The wife had decided to take her husband back in the last stages of his illness, although she said to him that he was going to die in the hospital and that she would

[Text]

vivre dans la maison. Elle ne voulait pas qu'il meurt dans sa maison. C'était une entente très claire.

Cette journée-là, à six heures le soir, sa fille m'appelle en me disant que son père n'était pas bien. À toutes les questions, elle était incapable de me donner un symptôme. Il n'y avait pas de douleur, pas de difficulté respiratoire, pas d'anxiété, pas de demande, il n'y avait rien. Mais elle disait que son père n'était pas bien. Sur quoi elle m'appelait? Dieu sait!

Le seul symptôme était celui d'une jambe enflée, qui était enflée depuis deux mois avec un cancer de la prostate. La maladie était connue de tout le monde, le symptôme était connu de tout le monde et il n'y avait pas d'aggravation clinique quelconque.

Contrairement à la logique, j'ai décidé d'aller voir pareil cette famille. Après cet appel et au moment où je suis arrivée à la maison, cet homme était entré en détresse respiratoire. C'était la respiration de l'agonisant.

Je suis arrivé à côté de lui et me suis dit qu'il était en train de mourir. J'explique à la famille, j'explique à l'épouse qui me dit qu'il faut vite le transporter à l'urgence. Déplacer un mourant, c'est gênant. Cependant, cette dame avait le droit de gérer sa vie à elle et elle était chez-elle. J'ai donc respecté cette demande.

Deux enfants étaient dans la maison et les trois autres ont été appelés. Le temps que tout cela se passe, j'avais dit à cette dame qu'il lui restait peut-être huit heures à vivre. Mais une demi-heure plus tard, je lui dis qu'il lui restait peut-être deux heures à vivre, que cela allait encore plus vite que ce que je lui avais dit plus tôt. Elle a pris la décision de le garder à la maison. Les autres enfants ont eu le temps d'arriver. Tout cela s'est passé en à peine deux heures.

Chacun a eu le temps de dire que ce n'était pas juste, que cela ne se pouvait pas, cela n'a pas de bon sens. Chacun a eu le temps d'exprimer de la colère face au père, face à la mère. Il y avait de la scission dans la famille. On peut comprendre. Et il s'est passé ce qui se passe si souvent autour des mourants, cette espèce de chaîne qui se forme à un moment donné. Les cinq enfants étaient là.

Cette femme qui refusait d'entrer dans la chambre est entrée dans les cinq dernières minutes. Il y a eu tous ces gens ensemble, les uns à côté des autres. Et il y a eu cet homme qui est mort très paisiblement.

Par après, cette femme se promenait dans sa maison, les deux mains élevées au ciel puis elle disait: Je ne pensais pas que c'était cela! Je ne pensais pas que c'était cela! Qu'est-ce que c'était «cela»? Quelle espèce de peur avait-elle? Cette espèce d'anxiété de la mort, ces fantômes de la mort non identifiables.

The Chairman: I apologize for interrupting, but we will have to keep our questions and answers much shorter. We have only a short time left, and I do have to allow Mr. Rowand a chance to present his brief. As well, I want other senators to be able to put one brief question to you. I would appreciate it if your answers were equally brief.

[Traduction]

continue to live in the house. She did not want him to die in the house. That was a very clearly agreement.

On that day, at six o'clock in the evening, her daughter called me to say that her father was not well. She was unable to tell me what the symptoms were in response to all my questions. There was no pain, no breathing problems, no anxiety and no requests, there was nothing. But she said that her father was not well. Why was she calling me? God knows!

The only symptom was a swollen leg but it had been swollen for two months from the prostate cancer. Everybody knew about the illness and the symptom was known to everybody, although there was no clinical aggravation at all.

Contrary to logic, I decided to go and see this family. After the call and when I arrived at the house this man was experiencing respiratory distress. He was breathing like a dying man.

I reached the bedside and said to myself that he was about to die. I explained to the family, I explained to the wife who told me that he should be taken to emergency quickly. It is embarrassing to move a dying person. However, that woman was entitled to run her own life and she was in her own home. I accordingly acceded to this request.

Two children were in the house and the other three were called. All the time this was happening I had said to this woman that he had only perhaps eight hours to live. However, half an hour later I told her that he had perhaps only two hours to live, that things were going faster than I had thought earlier. She decided to keep him at home. The other children had time to arrive. Everything happened in not much more than two hours.

Everybody had time to say that it was not fair, that it was not possible, that it didn't make sense. Everybody had time to express anger before the father and the mother. There had been a split in the family. It's understandable. And something happened that often happens around people who are dying, the kind of chain that forms at a particular moment. The five children were there.

This woman who refused to go into the bedroom went in there in the last five minutes. There were all those people together, one beside the other. And there was this man who died very peacefully.

Afterwards, this woman was walking around the house, her hands raised toward the sky and she said: I didn't think it was that! I didn't think it was that! What was "that"? What kind of fear did she have? This kind of great fear of death, these unidentifiable phantoms of death.

La présidente: Désolée de vous interrompre, mais nous allons devoir raccourcir de beaucoup les questions et les réponses. Il ne nous reste pas beaucoup de temps, et je dois donner à M. Rowand la possibilité de présenter son mémoire. De même, j'aimerais que les autres sénateurs puissent vous poser une brève question. J'apprécierais également que vos réponses soient brèves.

[Texte]

[Translation]

Senator Keon: Mrs St-Germain, you conclude your brief by suggesting that we delete the terms "active euthanasia" and "passive euthanasia." In Europe, for example, one of the practices for euthanasia is simply not to feed and hydrate the patients any more. Someone simply makes the decision that they do not get any more support. In an attempt to deal with that group of patients, we must have terminology to come to grips with it. How would you describe that situation?

Mme St-Germain: Je m'excuse, je n'ai pas bien saisi le sens de la question.

Senator Keon: I wish my French were a little better. I cannot express myself.

Le sénateur Corbin: Est-ce que vous avez l'interprétation?

Mme St-Germain: Oui, mais j'ai mal saisi le sens de la question.

Le sénateur Beaudoin: Je peux bien le traduire, si vous voulez.

Senator Keon: Let me go slowly.

In Europe, one of the ways of achieving premature death is not to feed and hydrate terminally-ill patients. You suggest in the conclusion of your brief that we try to simplify the terminology and not refer to "active euthanasia" and "passive euthanasia."

I am asking you how you would describe that kind of euthanasia, where patients are not actively given a drug, but they are not supported in the fashion that is normal medical care.

Mme St-Germain: Je ne connais pas cette orientation de soins dans les soins palliatifs que je pratique. On ne coupe jamais l'alimentation.

Je me permets de revenir. Ce que je voulais insinuer tantôt avec l'exemple que j'apportais, c'est que mourir est plus naturel que l'on pense, cela s'enclenche quand c'est le temps. C'est le même phénomène avec l'alimentation. Mourir est naturel.

Quand vient le temps de la fin, la faim arrête. L'appétit cesse. Il y a de l'énergie dans le corps qui n'est plus là. Alors, il n'y a pas de demande d'alimentation. Tout devient juste plus simple à la fin. Cela finit par être quelques bouchées, et ensuite quelques gorgées. Par la suite, ce n'est que de l'eau et ensuite, ce n'est que quelques gouttes d'eau sous la langue.

Vous n'avez jamais à ce moment-là quelqu'un qui a soif, jamais quelqu'un qui a faim. C'est encore une fois dans le langage trompé. On fait peur aux gens en disant que l'on va les laisser finir dans une fin pénible où on les coupe de soins.

De la même façon, quand j'ai bien souligné que soulager la douleur était toujours proportionnel au besoin de soulagement et qu'à ce moment-là, je ne tuais jamais par la morphine puisque l'antidote était dans le corps, c'est-à-dire la douleur. Quand j'augmente la morphine, c'est qu'en même temps la maladie avance et que l'augmentation de la douleur est là.

Le sénateur Keon: Madame St-Germain, vous concluez votre mémoire en proposant que l'on supprime les expressions «euthanasie active» et «euthanasie passive». En Europe, par exemple, l'une des façons de pratiquer l'euthanasie consiste simplement à cesser de donner de l'eau et de la nourriture au patient. Quelqu'un décide tout simplement que le patient ne reçoit plus aucun soutien. Mais pour ce qui est de ce groupe de patients, il nous faudrait une terminologie appropriée. Comment décririez-vous cette situation?

Mrs. St-Germain: I'm sorry, I didn't really understand the meaning of the question.

Le sénateur Keon: Dommage que mon français ne soit pas meilleur. Je n'arrive pas à me faire comprendre.

Senator Corbin: Do you have the interpretation?

Mrs. St-Germain: Yes, but I did not really understand what the question meant.

Senator Beaudoin: I can translate it if you wish.

Le sénateur Keon: Je vais aller lentement.

En Europe, une des façons de provoquer la mort consiste à cesser de donner à manger et à boire aux patients en phase terminale. Vous dites, à la fin de votre mémoire, qu'on devrait tenter de simplifier la terminologie et cesser de parler d'«euthanasie active» et d'«euthanasie passive».

Je vous demande comment vous décririez ce genre d'euthanasie qui consiste à ne pas dispenser aux patients les soins médicaux habituels, sans toutefois leur administrer une drogue qui mette fin à leurs jours.

Mrs. St-Germain: I do not know this approach to care in the palliative care that I provide. We never cut off food.

Perhaps I can repeat myself. What I wanted to suggest a little while ago with the example that I gave is that dying is more natural than people think, it occurs when the time is ripe. It's the same thing with food. Dying is natural.

When the end is coming close, hunger shuts down. There is no more appetite. There is energy in the body that is no longer there. So there is no demand for food. Everything just becomes simpler at the end. It ends by being a few mouthfuls and later a few gulps. Later, it's only water and then it's only a few drops of water on the tongue.

You never have anybody who is thirsty at that point, never anyone who is hungry. Once again the language is wrong. We scare people when we tell them that they will be left to die a painful death when care is cut off.

Similarly, when I stressed that relieving pain was always proportional to the need for relief and that at that point I had never killed anyone with morphine since the antidote was in the body, namely, pain. When I increase the morphine dose, I do so as the illness progresses and the increase in pain is there.

[Text]

C'est pour cela qu'il y a un langage faussé sur l'euthanasie. Je n'ai pas besoin d'abrégier la vie de quelqu'un pour lui éviter cette souffrance. Je n'ai qu'à le soulager et la mort va s'enclencher naturellement.

De la même façon, par exemple, quelqu'un...

Senator Lavoie-Roux: I am not sure she understood your question.

Senator Keon: Yes, I think she did.

Le sénateur Beaudoin: Oui. Si on ne la nourrit pas, si on ne lui donne pas d'eau, elle va mourir naturellement. C'est ce que vous avez dit?

Mme St-Germain: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Juste une question très courte. Les gens qui font appel à vos services sont des gens dont la famille veut que le patient décède à la maison.

Mme St-Germain: Pas nécessairement.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'ai l'impression que tout ce que vous avez décrit (d'ailleurs, j'ai trouvé cela très intéressant et je vous en remercie) ça va quand il y a une sorte de solidarité familiale. Enfin, les liens familiaux sont présents même si vous m'avez décrit le cas du monsieur tantôt.

Aujourd'hui, de plus en plus, les familles sont éclatées, il y a beaucoup moins de solidarité familiale. À ce moment-là, la façon dont vous vivez les soins palliatifs, ce doit être beaucoup plus difficile.

Mme St-Germain: Il est étonnant de constater qu'effectivement les familles sont désunies mais qu'en même temps des liens restent et que dans les émotions de fin de vie... Vous savez, l'on peut être très distant de son frère, de sa mère, mais quand on sait que cette personne va mourir bientôt, il y a d'autres types de relations qui sont possibles.

Je suis surprise de voir la solidarité de nos gens. C'est parfois des voisins, c'est parfois des amis et c'est parfois des familles désunies qui se regroupent. C'est aussi le malade lui-même qui assume beaucoup plus que l'on peut penser. C'est étonnant de voir les ressources.

Je travaille dans le secteur de Verdun, qui est un secteur défavorisé, où il y a...

Le sénateur Lavoie-Roux: Une partie, en tout cas.

Mme St-Germain: Une partie, pour préciser.

Le sénateur Lavoie-Roux: Une bonne partie!

Mme St-Germain: C'est étonnant de voir toutes les ressources sociales que je retrouve au sein des familles. Mais pour que cela apparaisse, ces familles ont besoin d'aide, de la compétence des soins palliatifs.

Les familles en ce moment sont absentes, elles ont un désir d'être là, mais il faut les aider à être actives.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci beaucoup.

Le sénateur Corbin: Pour m'accrocher à ce dernier commentaire, je crois que le problème est différent en ville de ce qu'il peut être en campagne ou dans le milieu rural. Étant donné

[Traduction]

That is why there is false language about euthanasia. I do not need to shorten anybody's life to help them avoid this suffering. I simply have to relieve the pain and death will occur naturally.

Similarly, for example, someone...

Le sénateur Lavoie-Roux: Je ne suis pas certaine qu'elle ait compris votre question.

Le sénateur Keon: Oui, je pense que si.

Senator Beaudoin: Yes, if they are not fed, if they are not given any water, they will die naturally. Is that what you were saying?

Mrs. St-Germain: Yes.

Senator Lavoie-Roux: Just a very brief question. The people who make use of your services are people whose families want the patient to die at home.

Mrs. St-Germain: Not necessarily.

Senator Lavoie-Roux: I have the impression that everything you have described — moreover, I found it very interesting and I wish to thank you — it works when there is a kind of family solidarity. Finally, the family links are present although you described the case of the man a little while ago.

Today increasingly, families have broken down and there is much less family solidarity. At that point the way you experience palliative care must be much more difficult.

Mrs. St-Germain: It is surprising to see that in fact families are disunited but at the same time the links remain and in the emotions at the end of a life ... You know, a person can be very distant from his brother or his mother but when you know that this person is going to die soon, there are other kinds of relationships that are possible.

I am surprised to see the solidarity among people. Sometimes it's neighbours, sometimes it's friends and sometimes it's disunited families getting back together. It's also the patient himself who assumes a lot more than people might think. It's surprising to see the resources.

I work in the Verdun area, which is a disadvantaged area where there is ...

Senator Lavoie-Roux: Part of it, at least.

Mrs. St-Germain: Part of it, to be precise.

Senator Lavoie-Roux: A large part!

Mrs. St-Germain: It's surprising to see all the social resources to be found within families. For that to appear, however, these families need assistance and the skills of palliative care.

At that point families are absent, they want to be there but they must be helped to become active.

Senator Lavoie-Roux: Thank you very much.

Senator Corbin: To pick up on this last comment, I believe that the problem in the city is different from what it may be in the country or in rural communities. Given the daily pressures on

[Texte]

les pressions quotidiennes sur les citadins et toutes les complications de la vie urbaine, je pense que l'on a peut-être plus tendance à confier les malades et les mourants à des institutions.

Je pense que c'est peut-être une tendance naturelle alors que dans un milieu comme le mien, au Nouveau-Brunswick, on tient bien souvent à garder le mourant chez lui. Je pense qu'il y a une distinction à faire entre les grands centres urbains et le monde rural au pays. L'attitude envers la mort n'est pas pareille. J'ai remarqué cela.

On a surtout entendu les gens du milieu urbain, madame la présidente. J'aimerais un jour que l'on puisse avoir des témoins qui nous parlent d'un autre type d'expérience canadienne.

À tout événement, je vous ai promis d'être bref. Des témoins ont prétendu qu'il est impensable que l'on puisse doter ce pays d'installations pour soins palliatifs au degré requis, que nos ressources financières ne sauraient faire face au défi.

Ma question est la suivante. Est-ce qu'il n'y a pas des coûts rattachés à l'euthanasie aussi? Est-ce que vous pourriez élaborer brièvement?

Mme St-Germain: Cette question me fait plaisir. D'abord sur les coûts des soins non palliatifs. Si je ne fais pas l'enseignement de la morphine, l'enseignement des analgésiques, l'enseignement des coanalgésiques, toute cette approche de soins palliatifs que nous connaissons, ces gens vont accourir à la salle d'urgence pour détresse respiratoire, constipation, douleur non contrôlée, et cetera. Ce sont des coûts.

Ce sont des gens qui vont vivre des semaines de temps avec leur maladie qui dure des années. C'est rare qu'une maladie dure trois semaines dans notre société. Ces gens vont passer des semaines de plus à l'hôpital. En présence de soins palliatifs, avec l'enseignement nécessaires, ils sont capables de contrôler leurs symptômes.

D'autre part, votre question évoque la grande dynamique du deuil. Je vais prendre des termes imagés ou durs. Si je permets et je suis de celles qui demandent et qui acceptent la mort de ma mère trois semaines avant le temps par l'euthanasie (je parle juste de trois semaines) comment est-ce que je vais vivre mon deuil après?

Des deuils mal vécus, allez voir en psychiatrie à quoi cela ressemble. C'est étonnant. En milieu psychiatrique il y a énormément de cicatrices de deuil, par rapport à toutes sortes de maladies. Les gens identifient une maladie, entre autres le cancer, à des expressions comme «depuis que je suis malade», «depuis que mon mari est parti», «je suis malade depuis que...». C'est précisément des morts mal vécues.

La question d'euthanasie provoquerait, à mon sens, une blessure mal vécue par un grand nombre de gens, en général. Pour notre société, elle coûterait énormément en soins par la suite.

The Chairman: Thank you, Ms St-Germain.

Our next witness is Mr. Scott Rowand who is the President of Wellesley Hospital in Toronto. He was formerly with Foothills Hospital in Alberta and St. Paul's Hospital in Saskatoon. As he

[Translation]

city-dwellers and all the complications of urban life, I think there is a greater tendency to entrust the sick and the dying to institutions.

I think that this is perhaps a natural tendency whereas in a community such as mine, in New Brunswick, people prefer to keep the dying person at home. I think a distinction should be made between the major urban centres and the rural parts of the country. Their attitudes to death are not the same. I have noticed that.

We have mainly heard from people in the urban situation, Madam Chair. I should like to have witnesses some day who would talk to us about another kind of Canadian experience.

In any event, I promised that I would be brief. Witnesses have maintained that it is unthinkable to equip this country with palliative care facilities to the extent that would be required, that our financial resources are not up to the challenge.

My question is as follows. Are there not also costs linked with euthanasia? Could you talk to us briefly about that?

Mrs. St-Germain: I like this question. First, concerning the cost of non-palliative care. If I do not teach them about morphine, teach them about pain-killers, teach them about combined pain-killers, this whole approach to palliative care with which we are familiar, these people will run to the emergency room in case of respiratory distress, constipation, uncontrolled pain and so on. Those are costs.

Those are people who will live for weeks at a time with their illness that lasts years. It is rare for an illness to last three weeks in our society. These people will spend more weeks in the hospital. When palliative care is available, with the necessary instruction, they are able to control their symptoms.

On the other hand, your question raises the whole dynamic of grief. I shall use colourful or harsh expressions. If I allow, and I am one of those who request and accept the death of my mother three weeks prematurely through euthanasia — I am only talking about three weeks — how will I my grieve afterwards?

If mourning is a poor experience, go to see the psychiatrist to learn what it's like. It is surprising. In a psychiatric situation there are a lot more scars from grief than from all other kinds of illnesses. People identify an illness, including cancer, with expressions such as "since I became ill", "since my husband died", "I've been ill since ...". These are indeed poorly experienced deaths.

In my opinion, the question of euthanasia causes a wound that is poorly experienced by a lot of people generally. For our society the cost in care afterwards would be enormous.

La présidente: Merci, madame St-Germain.

Le témoin suivant est M. Scott Rowand, président de l'hôpital Wellesley de Toronto. Il a travaillé auparavant à l'hôpital Foothills en Alberta et à l'hôpital Saint-Paul de Saskatoon.

[Text]

will tell us, he is here in his personal capacity as an administrator or professional hospital manager.

Mr. R. Scott Rowand, Wellesley Hospital: Thank you, Madam Chairman. I appreciate the fact that the upper chamber is looking at this issue. The last serious look at this question at the national level was the Law Reform Commission's project in the late 1970s and the early 1980s which resulted in Working Paper 28, entitled *Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment*.

Much has changed in the last decade. For example, AIDS as a disease was only just being recognized. Canada's population has aged, which has placed more Canadians at risk for chronic debilitating diseases. The public has gained more interest in this subject. Finally, our health care system suffers from a serious crisis of affordability.

I will try to be brief. As the chairman has pointed out, I am speaking in my personal capacity today. Certainly, my experiences have been shaped by my professional experience which involves working currently in an institution with a large practice which looks after patients with AIDS, adults with cystic fibrosis and patients with chronic diseases such as lupus and vasculitis. I raise those because too often we think of this issue only in the context of cancer. It is a much broader issue than that.

I also look at this in the context of the practicalities of an administrator as distinct from the fine points of ethics. I think we are faced with some realities that need to be addressed.

I want to talk about two specific situations. One does not fall clearly into your terms of reference — that is, cessation of treatment as distinct from euthanasia. Contrary to my friend Dr. Senn's view, I do not believe adequate legal protection exists, something which was recommended by the Law Reform Commission of Canada in Working Paper 28, for hospitals or professional care givers in some circumstances in terms of cessation of treatment.

I also want to speak to the broader issue of euthanasia and physician-assisted suicide.

Lest the senators have too easy an afternoon and there be too much agreement among the witnesses, I will take a slightly different view from that of the previous witnesses.

First, I am surprised that the hospital industry has shown so little interest in these hearings because in this country death is primarily a hospital phenomenon. In 1987, which is the most current data that I had easy access to, 72 per cent of deaths in Canada occurred in hospitals. That is a problem of a different nature. However, the reality is that deaths in this country occur primarily hospitals, which is something we need to think about.

[Traduction]

Comme il nous le précisera, il témoigne aujourd'hui à titre personnel et en tant qu'administrateur ou gestionnaire professionnel d'un hôpital.

M. R. Scott Rowand, hôpital Wellesley: Merci, madame la présidente. Je suis heureux de voir que la Chambre haute examine cette question. La dernière étude sérieuse, sur le plan national, est celle de la Commission de réforme du droit qui remonte à la fin des années 1970 et au début des années 1980, étude qui s'est concrétisée par le document de travail numéro 28, intitulé *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*.

Il s'est passé beaucoup de choses au cours de la dernière décennie. Par exemple, on commençait à peine à reconnaître le sida comme maladie. La population du Canada a vieilli, si bien qu'un plus grand nombre de Canadiens risquent de contracter une maladie chronique débilante. Le public s'intéresse plus à la question de l'euthanasie. Enfin, notre système de soins de santé vit actuellement une grave crise financière.

Je vais tenter d'être bref. Comme l'a fait remarquer la présidente, je témoigne aujourd'hui en mon nom personnel. Certes, mes expériences ont été modelées par mon travail professionnel: je travaille actuellement dans un établissement qui dessert une vaste clientèle et accueille en grande partie des patients atteints du sida, des adultes aux prises avec la fibrose kystique et des patients qui souffrent de maladies chroniques comme le lupus et l'angéite. Je tiens à vous le signaler parce que trop souvent on pense à l'euthanasie seulement pour les gens atteints du cancer. Or, le problème est beaucoup plus vaste.

J'entrevois également le problème sous l'angle pratico-pratique de l'administrateur, ce qui est tout à fait distinct des subtilités de l'éthique. Certaines réalités existent, et nous devons y faire face.

J'aimerais aborder deux situations précises dont l'une ne relève pas exactement de votre mandat, c'est-à-dire l'interruption du traitement, en tant que question distincte de l'euthanasie. Contrairement à mon ami le docteur Senn, je ne crois pas que la loi offre une protection adéquate aux hôpitaux ou aux dispensateurs de soins professionnels dans certaines circonstances, à savoir lorsqu'on veut interrompre les traitements; on sait que la Commission de réforme du droit, dans son document de travail numéro 28, a recommandé de prévoir une telle protection.

Je veux également aborder la question plus générale de l'euthanasie et du suicide assisté par un médecin.

De peur que les sénateurs aient la vie trop facile cet après-midi ou que le consensus soit trop important entre les témoins, je vais adopter une position légèrement différente de celle des témoins précédents.

Premièrement, je suis surpris de voir que le secteur hospitalier ait manifesté si peu d'intérêt pour vos audiences parce qu'au Canada, la mort est un phénomène qui se produit surtout dans les hôpitaux. Les données de 1987, soit les plus récentes auxquelles j'ai eu facilement accès, montrent que 72 p. 100 des décès au Canada se sont produits dans les hôpitaux. C'est là un problème différent. Cependant, la réalité est que les décès au Canada se produisent principalement dans les hôpitaux, et c'est là une chose à laquelle nous devons nous arrêter.

[Texte]

I will make some random comments about the health care system and about the issue of assisted suicide and euthanasia.

In the last decade Canadian hospitals have done a better job of recognizing the issue of self-determination among patients. We have developed relatively sophisticated do-not-resuscitate policies and cessation-of-treatment policies. Larger hospitals, in particular teaching hospitals which more commonly deal with some complex ethical issues, have developed ethics committees and ethics consultation teams to help us deal with some of those issues.

One of the reasons that hospital associations and, indeed, hospitals have not taken formal positions on this issue is that we have recognized the prohibition in the Criminal Code and, given other pressing issues on our public policy agendas, this issue has taken a back seat. It interests me that virtually every jurisdiction in this country in the last few years has undertaken studies of health care. The Prime Minister is about to create a forum to do the same thing. Virtually every one of those studies has concluded that there needs to be greater self-determination for patients and greater consumer choice.

It is interesting that the only study that addressed the issue of euthanasia was the British Columbia Royal Commission. It also acknowledged the problem of cessation of treatment and easing death, in the absence of legislation to cover that circumstance. They stopped short because they could not achieve a consensus on the issue of euthanasia and assisted suicide.

Decisions not to initiate treatment or to discontinue treatment when treatment is deemed no longer medically beneficial occur in hospitals every day. The prevalence of actions on the part of doctors and nurses or of family members within hospitals to hasten death occur in hospitals, but is relatively unknown.

There have been three recent instances in the province of Ontario which have resulted in convictions in cases involving assisted death in hospitals. One case involved a man dying of cancer whose son turned up a radon infusion pump. His father died quite quickly. Ultimately, the individual admitted what he had done. He was charged and convicted with endangerment of life and received a conditional discharge.

In another case, a physician administered some potassium chloride to a patient with cancer. He was charged and convicted with the administration of a noxious substance. The distinction between the administration of a noxious substance and murder is one of intent. That was an issue clearly dealt with by the trial judge in that matter. It is a very fine distinction.

[Translation]

Je vais faire différents commentaires sur le système de santé, sur la question du suicide assisté et de l'euthanasie.

Depuis les dix dernières années, les hôpitaux canadiens sont plus enclins à reconnaître le principe de l'autodétermination chez les patients. Nous avons élaboré des politiques relativement précises concernant la non-réanimation et l'interruption des traitements. Les grands hôpitaux, plus particulièrement les hôpitaux universitaires qui sont plus souvent aux prises avec des problèmes complexes d'ordre moral, ont créé des comités d'éthique et des équipes de consultation chargés de trouver une solution à ces problèmes.

L'une des raisons pour lesquelles les associations d'hôpitaux et, en fait, les hôpitaux, n'ont pas officiellement pris position à ce sujet, c'est que nous sommes conscients de l'interdiction stipulée au Code criminel; qui plus est, compte tenu des autres questions pressantes que nous devons régler, la question a été un peu reléguée aux oubliettes. Je trouve intéressant de voir que presque toutes les provinces du Canada au cours des dernières années ont entrepris des études sur les soins de santé. Le premier ministre est sur le point de créer un forum sur la même question. Presque toutes ces études en sont venues à la conclusion que l'on doit accorder aux patients une plus grande liberté d'action en ce qui concerne l'autodétermination et le choix.

Il est intéressant de voir aussi que la Commission royale de la Colombie-Britannique est le seul organisme qui se soit penché sur la question de l'euthanasie. La commission a également pris en compte le problème de l'interruption des traitements et de la facilitation de la mort, faute de lois pertinentes dans les circonstances. La commission a coupé court à ses travaux parce qu'elle ne pouvait en arriver à un consensus sur la question de l'euthanasie et du suicide assisté.

Tous les jours, dans les hôpitaux, on décide de ne pas entreprendre un traitement ou d'interrompre un traitement lorsque celui-ci est considéré comme n'étant plus médicalement bénéfique pour le patient. Ces décisions qui sont prises par les médecins, les infirmières ou les membres de la famille en vue de hâter la mort d'un patient ont surtout cours dans les hôpitaux, mais sont relativement peu connues.

En Ontario, récemment, le tribunal a prononcé une condamnation dans trois causes concernant la mort assistée dans un hôpital. Dans un cas, il s'agissait d'un homme atteint du cancer dont le fils a actionné la pompe à perfusion. Le patient est mort assez rapidement. Le fils a avoué avoir actionné la pompe. Il a été accusé et reconnu coupable d'avoir mis en danger la vie d'autrui et on lui a accordé l'absolution sous condition.

Dans un autre cas, un médecin a administré du chlorure de potassium à un patient atteint du cancer. Il a été accusé et reconnu coupable d'administration d'une substance nocive. La distinction entre l'administration d'une substance nocive et le meurtre tient à l'intention. C'est là une question qu'a délibérément prise en compte le juge de première instance. La distinction est très subtile.

[Text]

The third case, the one to which Dr. Senn referred, occurred in my own institution. It involved a patient who had been withdrawn from the ventilator, who was not dying quickly and who received some potassium chloride, notwithstanding large doses of other drugs to keep the patient comfortable. That hastened death. In that instance the individual was charged originally with murder in the first degree. The matter was plea bargained down to a charge of administration of a noxious substance to which there was a guilty plea. The individual received a suspended sentence.

One of the reasons that the coroner's recommendation supported a plea bargain was because of the actions of the physicians who gave relatively large doses of morphine and Valium at the time of discontinuation of mechanical ventilation. That gives rise to the reality that in fact this is not as clear an issue as it might be.

In the community, my sense is that active euthanasia occurs with or without a physician's support. I think the thesis by Russell Ogden from B.C. makes that point. I subsequently have confirmed, in discussion with physicians who have large AIDS practices in both Vancouver and Toronto, that assisted suicide is taking place. In some cases there is physician involvement. In other cases individuals are relying on resources such as *Final Exit*.

My problem is that, notwithstanding regulation and notwithstanding that supposed line in assent, we are living in a completely unregulated situation. I think that is contrary to the public interest.

I should like to deal with the first issue which is cessation of treatment. Attached to my brief is a number of papers which I think might be of some assistance to the committee.

The first point is that we know that from time to time we have reached the limits of our ability and that an individual's injuries or organ failure is inconsistent with life. We know that continuing mechanical ventilation and other life support has no benefit and we therefore make the decision to withdraw that treatment. That occurs less often than one might think but, according to one study, it results in one-half of intensive care unit deaths. Once we get patients into intensive care units, many of them die as a result of our decisions to withdraw treatment.

Based on certain measures we can predict with 100 per cent accuracy those patients who will live and those who will die. The paper by Knaus, which I have included in your package, gives some evidence of that fact. Those factors go into how our clinicians make decisions about withdrawal of treatment. Some argue it may be better ethically to put patients on treatment and then withdraw it than it is to avoid treating circumstances in the first instance.

[Traduction]

Le troisième cas, celui auquel a fait allusion le docteur Senn, s'est produit dans mon établissement. Il concernait un patient à qui on avait retiré le ventilateur mécanique, qui ne mourait pas rapidement et à qui on a administré du chlorure de potassium, sans compter les fortes doses d'autres médicaments pour assurer son confort. Tout cela a hâté sa mort. Dans ce cas, la personne a été au départ accusée de meurtre au premier degré. La cause a fait l'objet d'une négociation de plaider et, en bout de ligne, la personne a été accusée d'avoir administré une substance nocive; l'inculpé a alors plaidé coupable et a été condamné avec sursis.

Le coroner a notamment recommandé la négociation de plaider en raison des décisions des médecins qui avaient donné des doses relativement importantes de morphine et de valium au moment où l'on a cessé la ventilation mécanique. Voilà qui fait comprendre qu'en réalité, la situation n'est pas aussi claire qu'elle devrait l'être.

Au sein de la population, je pense que l'euthanasie active se produit avec ou sans le consentement d'un médecin. À mon avis, Russell Ogden de la Colombie-Britannique fait bien ressortir cet élément dans sa thèse. On m'a ensuite confirmé, après des discussions avec des médecins qui traitent beaucoup de patients atteints du sida à Vancouver et à Toronto, qu'il y a effectivement suicide assisté. Dans certains cas, le médecin y participe. Dans d'autres, les personnes ont recours à des ressources comme le *Final Exit*.

Ce qui me dérange, c'est que, en dépit de la réglementation et du consentement qu'on est censé obtenir du malade, la situation est tout à fait anarchique. Et je crois que cela va à l'encontre du bien commun.

J'aimerais maintenant aborder la première question, qui est celle de l'interruption des traitements. J'ai joint à mon mémoire divers documents qui, je pense, pourraient être utiles au comité.

Premièrement, je dois dire qu'on sait parfois qu'on a atteint les limites de nos capacités et que les blessures d'une personne ou la perte de vitalité des organes ne permettent plus la vie. Nous savons que la ventilation mécanique ou d'autres mesures visant à assurer le maintien de la vie ne sont aucunement bénéfiques et par conséquent, nous décidons d'interrompre les traitements. Cela se produit moins souvent qu'on ne le croit, mais, selon une étude réalisée sur le sujet, c'est le cas dans la moitié des décès qui surviennent dans les unités de soins intensifs. Une fois que les patients sont admis aux soins intensifs, beaucoup d'entre eux meurent parce que nous décidons de cesser les traitements.

D'après certains facteurs, on peut prédire avec certitude quels patients vont vivre et quels sont ceux qui vont mourir. Le document ci-joint de Knaus renferme des preuves à cet effet. Ces facteurs permettent de voir comment nos cliniciens décident de cesser les traitements. Certains soutiennent que, sur le plan éthique, il est préférable de donner le traitement au patient et de le retirer par la suite plutôt que d'éviter de traiter le patient en premier lieu.

[Texte]

Working Paper 28 recommended that there be amendments to the Criminal Code to deal with the issue of cessation of treatment. Those recommendations were never acted upon.

There are some sound guidelines. In that regard I have included the official statement of the American Thoracic Society, which is the scientific arm of the Lung Association, which is the major interest body for physicians in respiratory medicine, the people who run our intensive care units. It sets out the circumstances under which it is appropriate to withdraw treatment. It acknowledges fully the issue of giving analgesia when withdrawing a ventilator.

However, that gives rise to this peculiar notion of double effect. The idea is that, ethically, we can give medication that deals with pain but which also has the effect of hastening death. The issue then becomes one of intent.

One of the concerns I have is that very often patients in intensive care units are on very-high-dose long-term infusions of narcotics. In order to keep the patient comfortable at time of discontinuation of ventilation, additional doses of narcotics may be required, which gives rise to the potential of second-guessing the physician's motive. It is important that there be protection of physicians and hospitals when this is done. These decisions are always taken very carefully and with full knowledge of family and a great deal of discussion.

One of the interesting issues is that from the time the decision to withdraw mechanical ventilation is made by a family or by a patient to the time the patient dies can often be a longer period of time than many people expect. Classically, we have the idea that you pull the plug on the ventilator and the patient dies instantly. Patients can gasp for hours even with good symptom control.

One of my ICU physicians related a story to me which dealt with exactly that situation. An individual was in multi-system organ failure with no hope of recovery. A decision to discontinue ventilation was made.

However, the family's real concern, as articulated by the patient's brother who was a veterinarian, was a concern that in this circumstance we ought to be at least as humane in dealing with his brother's situation as he is in dealing with animals that come into his practice for euthanasia.

The decision to end this patient's life in the interest of the patient and allowing this period of time to go on at some length, I think, is a peculiar thing. I wonder whose benefit is served by not, in fact, bringing to an end more quickly what was clearly intended.

Certainly at a minimum, legislation to protect the acts of physicians in hospitals and cessation of treatment in that circumstance is necessary. Depending on what is recommended

[Translation]

Dans le document de travail numéro 28, on recommandait de modifier le Code criminel pour régler le problème de l'interruption des traitements. Ces recommandations n'ont jamais été adoptées.

Il existe des lignes directrices judicieuses. À cet égard, j'ai inclus la déclaration officielle de l'*American Thoracic Society*, qui est l'organe scientifique de l'Association pulmonaire, soit l'organisme qui réunit les spécialistes de la médecine respiratoire, c'est-à-dire ceux qui dirigent les unités de soins intensifs. On y décrit les circonstances dans lesquelles il est approprié de cesser le traitement. En outre, on se dit tout à fait d'accord pour donner des analgésiques au patient lorsqu'on lui retire le ventilateur mécanique.

Cependant, aussi étrange que cela puisse être, ces mesures ont un double effet. Le fait est que, sur le plan éthique, on peut donner des médicaments qui atténuent la douleur mais qui ont aussi pour effet de hâter la mort. Ce qui est alors important, c'est de déterminer l'intention.

Ce qui me préoccupe, c'est que très souvent, les patients admis aux unités de soins intensifs reçoivent des perfusions de narcotics en fortes doses et pendant longtemps. Afin d'assurer le confort du patient au moment où on cesse la ventilation, des doses additionnelles de narcotics peuvent être nécessaires, ce qui peut parfois faire mettre en doute les motifs du médecin. Il importe que le médecin et l'hôpital soient protégés en pareil cas. Ces décisions sont toujours prises avec très grande prudence après en avoir discuté longuement avec la famille et, si possible, avec le patient.

Ce qui est intéressant, c'est qu'à l'occasion, il peut s'écouler plus de temps que prévu entre le moment où un membre de la famille ou le patient décide de stopper la ventilation mécanique et le décès du malade. Habituellement, on pense que dès qu'on cesse d'actionner le ventilateur, le patient meurt instantanément. Au contraire, le patient peut agoniser pendant des heures même si l'on contrôle bien les symptômes.

L'un de mes médecins aux soins intensifs m'a raconté une histoire exactement comme celle-là. Nombre d'organes du patient avaient cessé de fonctionner, et on n'avait aucun espoir de le sauver. On a décidé de cesser la ventilation.

Cependant, la véritable préoccupation de la famille, dont nous a fait part le frère du patient qui était vétérinaire, c'était que dans les circonstances, il fallait être au moins aussi humain avec son frère que lui ne l'est avec les animaux qu'on lui amène pour qu'ils soient euthanasiés.

La décision de mettre un terme à la vie de ce patient dans son propre intérêt et le fait de laisser le temps faire son oeuvre, je pense, sont assez difficiles. Je me demande à qui on rend service en ne mettant pas tout de suite un terme aux souffrances de l'agonisant.

Il ne fait aucun doute qu'au minimum, il faut une loi pour protéger les décisions des médecins dans les hôpitaux et l'interruption des traitements dans de telles circonstances. Selon

[Text]

in respect of more active euthanasia or physician-assisted suicide, that issue ought to be considered.

The more complex issue is the issue of assisted suicide in other circumstances. I recognize that there are many on both sides of the fence. Very often the arguments raised against euthanasia, particularly those apart from religious dogma — and I think of the Law Reform Commission's report — concern issues like diagnostic error, the potential of new treatments, the danger of abuse, the patient's state of mind, and bureaucratization of processes.

In most cases where these issues come into play, we are dealing with circumstances where both the disease and the likely outcome are well known, very often with AIDS or ALS or cancer. Those are ones where the diagnosis is certain, the inevitable outcome clear at that particular stage, and the chances of a cure remote.

I believe, like others, that the potential for abuse in euthanasia, particularly amongst disadvantaged and vulnerable populations, is great. I also believe that reactive depression to a chronic illness may well affect judgment. I think it is common, I think it is under-recognized and I think it is under-treated.

Interestingly, one physician I spoke to, who has a very large practice dealing with patients with AIDS, told me that about 80 per cent of his patients raise the question of suicide early in the diagnosis of HIV infection, although very few act on it. However, it is an issue that, from time to time, is raised toward the end of life and in the final end of this journey.

Obviously, as others have said, optimal pain control and palliative care has to be a first choice. I also add to that more prompt and available psychiatric intervention. We have good drugs to deal with depression, and very often for a clinician to find a psychiatrist who is able to see a patient in a timely fashion is difficult.

I am not sure that we have enough resources in palliative care or psychiatry. As Dr. Senn has said, palliative care is a relatively new discipline in Canada. It is certainly not available in all communities and, especially in smaller communities, palliative care or, frankly, access to psychiatric resources is difficult.

We also have the issue that, in spite of its inevitability, death is often seen as a failure, so we intervene excessively at the end of life with inadequate attention paid to palliative care and comfort issues.

Frankly, given the pressures faced by the health care system, I am not at all confident that we will see an expansion in either palliative care or psychiatric resources. I am also not confident that, if we stopped excessive intervention at the end of life, that would free up resources to invest in these other things.

[Traduction]

les recommandations qui seront présentées concernant une euthanasie plus active ou le suicide assisté par un médecin, il faudra prendre cette question en considération.

Le suicide assisté dans d'autres circonstances est un problème plus complexe. Je sais que dans les deux camps, les partisans sont nombreux. Très souvent, les arguments invoqués contre l'euthanasie, particulièrement ceux qui ne découlent pas d'un dogme religieux, et je pense ici au rapport de la Commission de réforme du droit, concernent des questions comme l'erreur diagnostique, le potentiel offert par de nouveaux traitements, le danger d'abus, l'état d'esprit du patient et la bureaucratisation des processus.

Dans la plupart des cas où ces problèmes se présentent, on se retrouve dans des circonstances où on connaît très bien et la maladie et son issue probable, très souvent il s'agit de patients atteints du sida, de SLA ou du cancer. Dans ces cas, le diagnostic est certain, l'issue inévitable, bien claire à ce moment-là, et les possibilités d'une guérison très faibles.

Tout comme d'autres, je crois que les possibilités d'abus en matière d'euthanasie, particulièrement chez les personnes désavantagées et vulnérables, sont grandes. Je crois également que la dépression réactionnelle à une maladie chronique peut aussi influencer sur le jugement. À mon avis, c'est normal de réagir ainsi, mais la réaction est mal connue et mal traitée.

Fait intéressant: un médecin à qui j'ai parlé, qui soigne beaucoup de patients atteints du sida, m'a dit qu'environ 80 p. 100 de ses patients soulèvent la question du suicide peu de temps après avoir reçu leur diagnostic d'infection au VIH, mais que très peu de gens se suicident. Cependant, c'est une question qui est soulevée à la fin de la vie.

De toute évidence, comme l'ont signalé d'autres témoins, il faut d'abord opter pour le contrôle optimal de la douleur et les soins palliatifs. J'ajoute également qu'il faut demander une intervention rapide d'un psychiatre. Nous avons de bons médicaments pour contrôler la dépression, et très souvent il est difficile pour un clinicien de trouver un psychiatre qui soit disponible pour accueillir un patient en temps opportun.

Je ne suis pas certain que l'on dispose de ressources suffisantes en ce qui a trait aux soins palliatifs ou à la psychiatrie. Comme l'a dit le docteur Senn, les soins palliatifs sont une discipline relativement nouvelle au Canada. Ils ne sont certainement pas offerts dans toutes les collectivités, plus particulièrement dans les petites, où il est franchement difficile d'obtenir des soins palliatifs ou d'avoir accès à un psychiatre.

Il faut aussi tenir compte du problème suivant: en dépit de son caractère inévitable, la mort est souvent perçue comme un échec, de sorte que nous intervenons de façon excessive à la fin de la vie sans vraiment penser aux soins palliatifs et au confort du patient.

En toute franchise, compte tenu des pressions qui s'exercent sur le système de soins de santé, je ne crois pas du tout que l'on va accorder des crédits permettant l'expansion des soins palliatifs ou des ressources psychiatriques. Je ne crois pas non plus que si l'on cessait une intervention excessive à la fin de la vie, qu'une telle mesure permettrait de libérer des ressources qui pourraient être investies dans les deux secteurs dont je viens de parler.

[Texte]

All of that said, I am really of the view that there is a few individuals, perhaps not many, who are completely rational and who may come to a decision based on their assessment of quality of life versus the expected length of life. I think Sue Rodriguez was one of those individuals.

There are difficult circumstances. A paper by Brody, which I have included, recognizes that general rules probably do badly but that there are case-by-case circumstances where in fact these judgments can be made. If we are serious about the rhetoric in all of the health policy documents that exist in this country, about consumer choice and about self-determination, then we have to seriously consider the question of patients' personal control over how they die.

This practice is going on today and it is going on largely covertly, sometimes with the assistance of physicians, sometimes not. I fully agree with Russell Ogden's finding that many of the individuals who attempted to end their lives without physician assistance did so badly, further exacerbating pain and suffering.

There is no doubt in my mind that any sort of legalization of assisted suicide and euthanasia has to be carefully thought out and very limited. The risk of expanding this beyond competent patients who are able to express their own wishes is a dangerous thing. However, I think competent patients can express their wishes and achieve an informed consent. Prior to acting on that, I think these patients deserve an assessment in terms of palliative care and pain control to make sure that comfort measures are adequate. They deserve an opportunity for psychiatric intervention to see if there are things we can offer.

Then there are some process issues which need to be considered in the context of avoiding abuses. One is the use of the hospital ethics committees that we have developed as potential reference points. Management by a third party, an uninvolved body such as the coroner, to administer such systems to make sure that abuses do not occur, is of great importance.

In fact, we have a system that parallels that to some degree in organ retrieval where the coroner plays an important role in overseeing the whole process of certification of death and harvesting of organs. That is a model which might well be explored as you look at this issue. I encourage the committee to consider calling as a witness one of the chief medical examiners or chief coroners who might express some of their own views.

Right now we are working in a situation where, frankly, there are no procedural safeguards. There is law, but the reality is that the coroners' system is not picking up the assisted suicides that are taking place. I do not know how they can. It is a very difficult thing to do. These patients are dying, their death is expected, they are under continuous medical attention, and so fall outside the coroner system as the Coroner's Acts are largely written today.

[Translation]

Cela dit, je crois vraiment que certaines personnes, peut-être pas beaucoup, sont tout à fait rationnelles et peuvent prendre une décision fondée sur leur évaluation de la qualité de vie par rapport à leur espérance de vie. Je pense que Sue Rodriguez était une de celles-là.

Parfois, les circonstances ne sont pas faciles. Dans un document rédigé par Brody, que j'ai inclus, on reconnaît que l'application d'une règle générale peut être parfois nocive, mais que dans certains cas, on peut prendre une décision comme celle de *Sue Rodriguez*. Si ce qu'on écrit dans tous les documents concernant la politique de la santé au Canada est sérieux au sujet du choix du consommateur et de l'autodétermination, alors, il faut envisager la question du contrôle personnel des patients sur leur façon de mourir.

Une telle pratique existe aujourd'hui, elle est très cachée, elle s'exécute parfois avec l'aide du médecin, parfois non. Je suis tout à fait d'accord avec Russell Ogden qui en vient à la conclusion que nombre des personnes qui ont tenté de mettre fin à leur vie sans l'aide d'un médecin n'ont réussi qu'à exacerber leur souffrance et leur douleur.

Il ne fait aucun doute dans mon esprit que toute légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie doit être soigneusement étudiée et très restreinte. Le risque que l'on pratique l'euthanasie sur des patients qui ne sont ni compétents ni capables d'exprimer leurs propres désirs est un danger. Cependant, je pense qu'une personne capable peut exprimer ses désirs et en arriver à un consentement informé. Avant de prendre une telle décision, ces patients doivent faire l'objet d'une évaluation concernant les soins palliatifs et le contrôle de la douleur pour s'assurer que des mesures de confort adéquates sont prises. Ces patients ont le droit d'avoir accès à une intervention psychiatrique pour voir si nous pouvons leur offrir certaines solutions.

Ensuite, il faut prendre certaines mesures en considération afin d'éviter des abus, comme le recours à des comités hospitaliers en matière d'éthique que nous avons créés pour servir de point de référence. Il est très important de confier la gestion de ces systèmes à une tierce partie, à un organisme neutre comme le coroner, afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'abus.

En fait, nous avons un système semblable, dans une certaine mesure, pour le prélèvement d'organes où le coroner joue un rôle important et veille à ce que tout le processus d'attestation du décès et de la collecte des organes soit bien respecté. C'est là un modèle que nous pourrions très bien explorer. J'invite le comité à songer à convoquer comme témoins l'un des médecins légistes en chef ou des coroners en chef qui pourraient donner leur opinion sur la question.

Actuellement, nous agissons sans protection. La loi existe, mais la réalité est telle que le coroner n'est pas informé des suicides assistés. Je ne sais pas comment il pourrait l'être. C'est très difficile. Les patients sont mourants, on s'attend à ce qu'ils meurent, ils font l'objet d'une surveillance médicale continue; or, leur décès n'est pas déclaré au coroner tel que le prévoit la Loi sur les coroners.

[Text]

I do not think continuation of a practice that ignores the reality that this exists is in the interest of patients or the public. Some regulation is better than an ostrich approach where we continue to deny that this exists.

In the interests of your time and schedule, let me stop there and use whatever time we have left for questions.

Senator Lavoie-Roux: Thank you for your brief. At the beginning of your brief, you list a number of factors that probably have created the need for a discussion on euthanasia and assisted suicide. The last one you mention is that Canada's health care system is threatened by a crisis of affordability.

As you see it, there will not be much more money available for improvement of palliative care or psychiatric care, and so on. That statement worries me. Are we going to get into euthanasia or decide not to provide these extra facilities because of this? What is threatened in health care?

I am worried that that should be a consideration. I do not see that the question should have to be examined. We are examining it; however, this should not be an important fact. I think we might have other choices within the medical care system and the way it is being provided.

Am I interpreting correctly what you wrote?

Mr. Rowand: Yes. It is an undeniable fact that our health care system is in serious financial trouble.

Senator Lavoie-Roux: I know that.

Mr. Rowand: That is something that has changed in the last decade. My view is that the cost of the health care system ought never, ever, ever to be used as a justification for ending life prematurely. So, on that side of the argument, I agree with you absolutely.

The other element you raised in your question was increased expenditures on other services such as palliative care and that kind of thing. Probably one of the major problems we have in the design and the organization of our system is our inability to move money from hospitals, for example, to palliative care services. That is a subject of a different nature, and I would be happy to give you a four-hour dissertation on that particular subject, but time does not permit. Let me make clear that I agree with you that using economics as a justification for prematurely ending life would be a serious mistake in a caring and just society.

Senator Keon: I was not clear, as your story unfolded, whether you feel that the current system is too rigid or too lax? I will expand a bit on the question so that you can answer it.

For example, the movement in Europe has unquestionably led to far more patients expiring prematurely, if you will, than is the case in Canada. There is no question about that. Under the

[Traduction]

À mon avis, ne pas tenir compte de la réalité comme on le fait maintenant, c'est aller à l'encontre de l'intérêt des patients ou du public. Il est préférable d'adopter un règlement quelconque que de faire l'autruche et de continuer à nier cette réalité.

Comme nous n'avons pas beaucoup de temps et que vous devez respecter votre horaire, je vais m'arrêter ici et utiliser le reste du temps pour répondre aux questions.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous remercie de votre mémoire. Au début, vous avez énuméré divers facteurs qui font probablement que l'on doit discuter aujourd'hui de l'euthanasie et du suicide assisté. Le dernier que vous mentionnez, c'est que le système de santé canadien est menacé par une crise financière.

D'après ce que vous constatez, il n'y aura pas tellement plus de crédits disponibles pour améliorer les soins palliatifs ou psychiatriques, et ainsi de suite. Cette déclaration m'inquiète. Est-ce que nous allons adopter un système d'euthanasie ou décider de ne pas offrir ces soins supplémentaires à cause de cela? Qu'est-ce qui est menacé dans notre système de santé?

J'ai peur que cela devienne une considération dont on devra tenir compte. Je ne comprends pas pourquoi la question du manque de fonds devrait être examinée. C'est ce que nous faisons cependant, mais ça ne devrait pas être un fait important. Je pense que nous pourrions avoir d'autres choix au sein du système médical, ainsi que d'autres façons d'offrir les soins.

Est-ce que j'ai bien compris ce que vous avez écrit?

M. Rowand: Oui. On ne peut nier que notre système de soins de santé vit actuellement une grave crise financière.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je le sais.

M. Rowand: Les choses ont changé au cours de la dernière décennie. Je pense que l'on ne devrait jamais, mais au grand jamais, invoquer le coût du système de santé pour justifier de mettre fin prématurément à la vie de quelqu'un. Donc, à ce sujet, je suis d'accord avec vous, tout à fait.

L'autre élément que vous avez soulevé dans votre question concerne l'augmentation des crédits affectés à d'autres services comme les soins palliatifs et ce genre de choses. Probablement que l'un des problèmes majeurs que causent la conception et l'organisation de notre système, c'est notre incapacité de prendre des crédits destinés aux hôpitaux, par exemple, pour les affecter aux services de soins palliatifs. C'est une autre question, et je serais heureux de vous en entretenir pendant quatre heures, mais le temps ne le permet pas. Or, je n'hésite aucunement à dire que je suis d'accord avec vous que le fait d'utiliser des considérations économiques pour justifier de mettre fin prématurément à la vie de quelqu'un serait une erreur grave dans une société juste et compatissante comme la nôtre.

Le sénateur Keon: J'ai écouté votre exposé, mais je ne sais pas vraiment si vous estimez que le système actuel est trop rigide ou trop souple. Je vais vous donner un peu plus de détails de sorte que vous puissiez répondre à ma question.

Par exemple, le système qui est en place en Europe a sans aucun doute fait en sorte que beaucoup plus de patients meurent prématurément, si on peut dire, que ce n'est le cas au Canada.

[Texte]

system that we have in Canada now, should a doctor or nurse or other health care professional, or even a relative, prematurely end the life of a patient, they are in serious trouble.

The problem that I see with this subject is that, if we open the doors to trying to define who can be put to sleep and who cannot be put to sleep, we are loosening the controls even further. You have outlined how loose the controls are at the present time, and certainly I agree with you that there are occasions where euthanasia is occurring. I have tremendous concerns, and I do not know how to come to grips with loosening those controls any further.

Mr. Rowand: I share those concerns.

With respect to the question of whether we have a system that is too rigid or too lax, the answer is that we have no system.

Your statement that there is no question that there are more deaths in the Netherlands is one I cannot accept because we have no idea. Frankly, we have no idea how many deaths occur with assistance. Like you, I suspect it may be true, but I am less certain because there is no data available. All the coroners will tell you that there is no way of acquiring data in the current situation.

People are in serious trouble in facilitating premature death only if they get caught. Again, this goes back to the difficulty of someone with a terminal illness being assisted into death, and the person providing assistance being caught. For the same reason, we do not know the incidence and the prevalence of assisted suicide. The risk is probably pretty small.

The slippery slope argument you raise worries me as well. I do not believe you can write legislation that says it is all right to assist in the death of this category of individual or that category. One test is competence, and it must be patient-initiated. That would be the only category I could see legislating. There are reasonable tests for competence.

Beyond that, what you end up writing is procedural law. The analogy in terms of legislative drafting is the abortion law. I hesitate to raise that issue because it is not a wonderful example, but it set out a procedural system which allowed for case-by-case analysis. In a very limited number of circumstances, that may be the best compromise, but making this open is worrisome. The B.C. situation is worrisome, frankly, where the coroner has announced that he will simply turn a blind eye to the Sue Rodriguez issue.

Failing to legislate or not acting on legislation they have in the Netherlands is an equally poor response to this issue. Just pretending that this problem does not exist, as it does in Canada currently, is again a poor response. This is a situation that cries out for regulation, no matter how limited or how narrow you make it.

[Translation]

C'est indubitable. Au Canada actuellement, si un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé, voire un parent, met prématurément fin aux jours d'un patient, il s'expose à des problèmes graves.

Ce qui m'inquiète, c'est que si nous essayons de définir qui peut être endormi ou non, on desserre les mesures de contrôle encore davantage. Vous avez dit à quel point ces contrôles sont peu rigides actuellement, et je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que oui, à l'occasion, on pratique l'euthanasie. Je suis très inquiet, et je ne sais pas comment on pourrait arriver à resserrer ces contrôles encore plus.

M. Rowand: Je partage ces inquiétudes.

Quant à savoir si notre système est trop rigide ou trop souple, je répondrais que nous n'avons pas de système.

Je ne peux pas être d'accord avec vous quand vous dites qu'il ne fait aucun doute que le nombre de décès est plus élevé aux Pays-Bas parce que nous n'avons aucune idée de ce qui se passe. En toute franchise, nous ne savons pas combien de décès sont provoqués avec l'aide de quelqu'un. Comme vous, je pense que cela peut être vrai, mais j'en suis moins certain parce qu'aucune donnée n'est disponible. Tous les coroners vont vous dire qu'il est impossible d'obtenir des données dans la situation actuelle.

Les gens qui facilitent la mort de quelqu'un s'exposent à des problèmes graves seulement s'ils se font prendre. Encore là, on revient au problème de la personne qui aide un malade en phase terminale à mourir et qui se fait prendre. Pour la même raison, nous ne connaissons pas la fréquence des cas de suicide assisté et ignorons si cette pratique est généralisée. Le risque est probablement infime.

La théorie du «terrain glissant» que vous avez soulevée m'inquiète aussi. Je ne crois pas que l'on puisse rédiger une loi qui dise qu'il est correct d'aider telle ou telle catégorie de personnes à mourir. Le critère doit être celui de la compétence, et la demande doit être présentée par le patient. Cela, à mon avis, serait la seule distinction que l'on pourrait insérer dans une loi. Il existe des critères raisonnables de compétence.

Après cela, tout ce qu'on peut stipuler relève du droit de la procédure. On peut faire le parallèle avec la loi sur l'avortement. J'hésite à soulever cette question parce que l'exemple n'est pas merveilleux. Mais dans le contexte du droit à l'avortement, on a établi un système qui permet l'analyse de chacun des cas en toute objectivité. Dans certaines circonstances très particulières, il peut s'agir du meilleur compromis possible, mais ce qui m'inquiète, c'est de rendre le système accessible à tous. La situation est inquiétante en Colombie-Britannique, franchement, où le coroner a annoncé qu'il allait tout simplement fermer les yeux sur le cas de Sue Rodriguez.

Le fait de ne pas adopter de loi ou de ne pas appliquer les lois en vigueur au Pays-Bas est également une bien piètre façon de régler le problème. Prétendre simplement que le problème n'existe pas, comme on le fait au Canada actuellement, c'est encore là une piètre solution. La situation exige l'adoption de règlements, peu importe qu'ils soient limités ou restreints.

[Text]

Senator Keon: I still do not know which way you want to regulate this.

New Speaker: Going back to my statement, I think there are people who can come to a clear and informed decision that they want to terminate their life. In those rare circumstances where a set of procedural tests have been met, they should be allowed to do that. I agree with you, however, that it must be carefully defined and thought out.

Senator Corbin: I cannot do justice to your presentation because, even though I listened to your verbal presentation, I do want to read everything you have submitted.

Nevertheless, one question comes to mind. You say at page 2 of your text that in 1987, 71.6 per cent of deaths in Canada occurred in hospitals. That compares with 59.4 per cent for the same year in the United States. To what would you attribute the difference? Why this margin?

Mr. Rowand: It is too expensive to die in a hospital in the United States.

Senator Corbin: I expected that. Is that the only reason?

Mr. Rowand: That is primarily the reason. The circumstances are changing in Canada — and recognize that in this country we admit people to hospital more often and we keep them there longer than anywhere else in the world.

Senator Corbin: But the trends are now changing.

Mr. Rowand: The trends are now changing in response to economic pressures and a recognition that we can do a better job in providing palliative care in homes.

Home palliative care in most jurisdictions in Canada is a phenomenon that is less than five years old. We will start seeing a lot more home deaths than we saw previously, and that is a good thing.

Senator Corbin: You say in your conclusion — again, I have a problem because I have not absorbed all of your presentation — that it is clear that patients do die in hospitals as well as in the community as a result of withholding treatment, cessation of treatment or in some unknown number of cases through active euthanasia with or without the assistance of a physician. However, we do not have statistics or numbers to attach to that statement at this stage. It is obvious, though, that it is a phenomenon that goes unrecorded. Why?

Mr. Rowand: The reason it goes unrecorded is that most often we do not know. Let us use the home situation and a patient with AIDS. The patient is expected to die at some point, is regularly being seen by a doctor, and suddenly dies. Nobody would think anything unusual about that. Therefore, it would fall outside the coroner's system because of the particular rules that exist. If a patient is under continuous medical care, it is not a coroner's case. There would be no reason to do an autopsy on

[Traduction]

Le sénateur Keon: Je ne comprends toujours pas comment vous voudriez réglementer cette activité.

Une voix nouvelle: Pour revenir à ce que j'ai dit, je pense qu'il y a des gens qui peuvent prendre une décision précise et éclairée et dire qu'ils veulent mettre fin à leurs jours. Dans les rares cas où le patient respecterait tous les critères arrêtés, on devrait procéder à l'euthanasie. Je suis d'accord avec vous, cependant, que les situations doivent être très précisément définies et examinées.

Le sénateur Corbin: Je ne peux pas rendre justice à votre exposé parce que, même si j'ai écouté votre témoignage, je veux lire tout ce que vous nous avez présenté.

Néanmoins, il me vient une question à l'esprit. Vous dites à la page 2 de votre texte qu'en 1987, 71,6 p. 100 des décès au Canada se sont produits dans les hôpitaux, alors que ce pourcentage était de 59,4 p. 100 pour la même année aux États-Unis. À quoi attribuez-vous la différence? Pourquoi une telle marge?

M. Rowand: Il en coûte trop cher de mourir dans un hôpital aux États-Unis.

Le sénateur Corbin: Je m'attendais à ce que vous me donniez cette réponse. Est-ce la seule raison?

M. Rowand: C'est la principale raison. Les choses changent au Canada, et on reconnaît qu'on admet des gens à l'hôpital plus souvent et qu'on les garde plus longtemps que n'importe où ailleurs au monde.

Le sénateur Corbin: Mais les tendances changent maintenant.

M. Rowand: Oui, on doit faire face aux pressions économiques, sans compter que l'on est maintenant conscient du fait que l'on peut faire un meilleur travail en offrant des soins palliatifs à la maison.

Dans la plupart des provinces canadiennes, les soins palliatifs à la maison sont un phénomène qui remonte à moins de cinq ans. Nous allons commencer à voir beaucoup plus de décès à la maison qu'auparavant, et c'est une bonne chose.

Le sénateur Corbin: Vous dites dans votre conclusion, et encore là j'ai un problème parce que je n'ai pas tout absorbé de ce que vous avez énoncé, qu'il est clair que les patients meurent et à l'hôpital et chez eux par suite du refus de dispenser un traitement, d'une interruption de traitement, ou, dans certains cas dont on ne connaît pas le nombre, par suite d'une euthanasie active avec ou sans l'aide d'un médecin. Cependant, nous n'avons pas de statistiques ni de chiffres à accoler à cette déclaration. Il est évident, toutefois, que c'est un phénomène qui n'est pas quantifié. Pourquoi en est-il ainsi?

M. Rowand: Parce que la plupart du temps, nous ignorons ce qui se passe. Prenons le cas d'un patient qui est atteint du sida et qui est à la maison. On s'attend à ce qu'il meure à un moment donné, il est suivi régulièrement par un médecin, et soudain, il meurt. Personne ne voit quoi que ce soit d'anormal là-dedans. Par conséquent, ce décès ne fera pas l'objet d'une enquête du coroner à cause des règles particulières qui existent. Si un patient fait l'objet de soins médicaux constants, il ne relève pas du

[Texte]

that case. So we would never know of the existence of that assistance in dying.

The most popular prescription in this context is a barbiturate called Seconal combined with Demerol or morphine, used quite commonly with AIDS patients in Vancouver, for example. We would never know that.

Senator Corbin: If you leave aside the AIDS situation, what is the situation?

Mr. Rowand: The same thing can occur in a cancer patient, in a cystic fibrosis patient. So it happens — even giving the patient some potassium chloride that instantly stops the heart. Again, unless something piques our suspicion and we decide to do an autopsy and toxicology on that patient, we are not going to know. That is why we do not have statistics.

Senator Corbin: Madam Chairman, I presume that at some point we will have the provincial government representatives appear before our committee. Did we not discuss that?

The Chairman: Yes. Which ones are you thinking of?

Senator Corbin: Any and all of them.

The Chairman: We were thinking of a coroner and the provincial governments.

Senator Corbin: We will need to base our recommendations on statistical bases and real facts.

I am not saying, Mr. Rowand, that these are not real facts. Do not get me wrong. I am talking about the rest of our work as well.

71.6 per cent of Canadians die in hospitals. What percentage of those could one qualify as palliative care persons in the context we are discussing? You heard some of the previous witnesses. How many of them need to die in hospitals or in an expensive hospital environment? We all know the real cost of hospital rooms and beds.

I do not want to cheapen the process of life. I hope no one mischaracterizes my statement, but is it not possible to die more cheaply, if you understand what I mean?

Mr. Rowand: Sure I understand what you mean.

A large percentage of hospital deaths can occur in the home and much less expensively in the home than in a hospital. But let me remind you again of a couple of things that we need to think through in the context of this issue.

There is a growing population of individuals in Canada who have never married or who are divorced and live alone. Those individuals are not candidates to die with palliative care because of their living circumstances.

[Translation]

coroner. Il n'y aura aucune raison de pratiquer l'autopsie dans ce cas. Donc, nous ne connaissons jamais l'existence de l'aide que cette personne peut avoir eue pour mourir.

L'ordonnance la plus populaire dans ce cas, c'est un barbiturique que l'on appelle *Seconal* combiné à du *Demerol* ou de la morphine, qui est utilisée très souvent par les patients atteints du sida à Vancouver, par exemple. Mais nous ne le saurons jamais.

Le sénateur Corbin: Mis à part le sida, qu'est-ce qui se passe?

M. Rowand: La même chose peut se passer pour un patient atteint de cancer ou de fibrose kystique. C'est ce qui se produit, on donne même au patient du chlorure de potassium qui provoque instantanément un arrêt du cœur. Là encore, à moins que quelque chose pique notre curiosité et que l'on décide de pratiquer une autopsie et une toxicologie sur le patient, on ne saura jamais ce qui en est. C'est pourquoi nous n'avons pas de statistiques.

Le sénateur Corbin: Madame la présidente, je suppose qu'à un moment donné, nous allons demander aux représentants des gouvernements provinciaux de comparaître. N'en avons-nous pas discuté?

La présidente: Oui. À qui pensez-vous?

Le sénateur Corbin: À tout le monde et à personne en particulier.

La présidente: Nous pensions inviter un coroner et des représentants des gouvernements provinciaux.

Le sénateur Corbin: Nous allons devoir appuyer nos recommandations sur des statistiques et sur des faits réels.

Je ne dis pas, monsieur Rowand, que vos faits ne sont pas réels, ne vous méprenez pas. Je parle du reste de notre travail également.

On dit que 71,6 p. 100 des Canadiens meurent dans les hôpitaux. Quel pourcentage de ces patients pourraient être admis à des soins palliatifs dans le contexte dont nous discutons actuellement? Vous avez entendu certaines personnes qui ont témoigné avant vous. Combien de gens devraient mourir à l'hôpital ou dans un milieu hospitalier coûteux? Nous connaissons tous le coût réel des chambres et des lits d'hôpitaux.

Je ne veux pas amoindrir le processus de la vie. J'espère que personne n'interprète mal mes propos, mais ne serait-il pas possible de mourir pour moins cher, si vous comprenez ce que je veux dire?

M. Rowand: Je comprends tout à fait.

Un vaste pourcentage de décès qui surviennent à l'hôpital pourrait se produire à la maison et pour beaucoup moins cher qu'à l'hôpital. Mais permettez-moi de vous rappeler encore une ou deux choses qu'il nous faut prendre en considération.

Il y a de plus en plus de Canadiens qui ne se sont jamais mariés ou qui sont divorcés et qui vivent seuls. Ces personnes ne sont pas des candidats aux soins palliatifs à cause de leurs circonstances de vie.

[Text]

We have large numbers of individuals — particularly in the neighbourhood in which my hospital is located — whose housing circumstances are not appropriate for palliative care.

There are those factors, but I agree with the general assessment that many of the patients we now provide care for in a hospital would be better off at home.

There is a view by many people in this country that the hospital is the place where you go to die and that is where you should be.

Senator Corbin: When you say “at home” or some other facility or institution, there are —

Mr. Rowand: There are very few hospices in Canada.

Senator Corbin: But the number seems to be improving.

Senator Lavoie-Roux: But do you not have a lot of nursing homes in Ontario?

Mr. Rowand: We have a lot of nursing homes, but nursing homes are not always able to provide palliative care. In fact, most patients are long dead before we can get them out of hospitals and into nursing homes. It often takes two to three years to get a patient out of my institution into a nursing home.

Senator Corbin: Because of the waiting list?

Mr. Rowand: The waiting list.

Senator Keon: It is very dangerous to compare American and Canadian statistics as they relate to death inside or outside hospitals. A huge number of deaths in America are due to violence, many more than in Canada. For example, the life expectancy of a black male is something like 26, and virtually all of those patients die from homicide.

Second, we should not think that all hospital deaths can be palliated. The leading cause of death in Canada remains cardiovascular disease, which accounts for close to 50 per cent of the deaths. Those patients are not candidates for palliative care. They are medical failures. The third leading cause of death is trauma and, again, those deaths are due to medical failures. So the big group represents cancer deaths — about a third of the deaths — and that is the area we must look at. So we should not distort the magnitude of the problem.

I am also a hospital administrator. I do not think, in our institution, our death rounds would let very many people through who would have died suspiciously. However, it is an institution dedicated to cardiac care. As I say, our deaths are failures, whereas you are administering a general hospital with a lot of hospital patients.

Senator Corbin: That goes to show, Madam Chairman and Dr. Keon, that we are in need of good statistics.

The Chairman: We will be gathering them.

Senator Corbin: We need firm statistics because, as you say, they are very useful.

[Traduction]

Nous avons beaucoup de gens, particulièrement dans les environs de mon hôpital, dont le logement ne se prête pas à la prestation de soins palliatifs.

Il faut tenir compte de ces facteurs, mais je suis d'accord quand on dit en général que nombre des patients que nous soignons dans un hôpital seraient mieux à la maison.

Beaucoup de Canadiens pensent que l'hôpital est l'endroit où on se rend pour mourir et que c'est là qu'il faut aller.

Le sénateur Corbin: Quand vous dites «à la maison» ou dans d'autres installations ou établissements, il y a...

M. Rowand: Il y a très peu de centres d'accueil au Canada.

Le sénateur Corbin: Mais leur nombre semble augmenter.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais n'avez-vous pas beaucoup de foyers de soins infirmiers en Ontario?

M. Rowand: Oui, nous en avons beaucoup, mais les foyers de soins infirmiers ne sont pas toujours en mesure d'offrir des soins palliatifs. En fait, la plupart des patients ont le temps de mourir avant de quitter l'hôpital et d'être admis dans une de ces maisons. Il faut souvent compter de deux à trois ans avant qu'un patient de mon établissement puisse être admis dans un foyer de soins infirmiers.

Le sénateur Corbin: À cause de la liste d'attente?

M. Rowand: Oui.

Le sénateur Keon: Il est très dangereux de comparer les statistiques américaines et canadiennes concernant les décès à l'hôpital. Un grand nombre de décès aux États-Unis sont attribuables à la violence, beaucoup plus qu'au Canada. Par exemple, l'espérance de vie d'un homme noir se situe aux alentours de 26 ans, et presque tous ces patients meurent des suites d'un homicide.

Deuxièmement, il ne faut pas croire que toutes les personnes qui meurent à l'hôpital pourraient être des candidates aux soins palliatifs. Les maladies cardio-vasculaires sont encore la cause première de décès au Canada, soit près de 50 p. 100 des décès. Ces patients ne sont pas des candidats aux soins palliatifs. La médecine peut très peu pour eux. La troisième cause de décès, ce sont les traumatismes, et là encore, ces décès sont dus à l'impuissance de la médecine. Donc, le groupe important est constitué des décès attribuables au cancer, soit environ le tiers, et c'est le cas de ces patients qu'il faut examiner. Il ne faut donc pas exagérer l'amplitude du problème.

Je suis également administrateur d'hôpital. Je ne crois pas que dans notre établissement, on laisse aller bien des gens dont la mort est suspecte. Cependant, c'est un établissement de soins cardiaques. Comme je dis, pour nous un décès c'est un échec, alors qu'on administre un hôpital général qui accueille beaucoup de patients.

Le sénateur Corbin: C'est donc dire, madame la présidente et docteur Keon, qu'il nous faut des statistiques fiables.

La présidente: Nous allons les recueillir.

Le sénateur Corbin: Nous avons besoin de statistiques solides parce que, comme vous le dites, elles sont très utiles.

[Texte]

The Chairman: Senator Keon, when you say your cardiac deaths are medical failures, that worries me. I have heard this comment more than once from our witnesses and in personal conversations. Too many doctors regard impending death, which is inevitable, as a medical failure. Therefore, they cannot cope with it. How true is it that some doctors just walk away from their patients when they feel they have done all they can do?

Senator Keon: I think there is a lot of truth in that. I think we have been conditioned to sustain life at all costs and sometimes we do find it difficult. Nonetheless, the trust of our patient when they come in is that we will get them out of there alive, which has to be our primary objective.

Mr. Rowand: May I react and comment? First, I do not disagree with you in terms of the difficulty of looking at international comparisons.

Let me make my next point very clear. Most deaths in Canada currently occur in hospitals. Personally, I think there are too many deaths in hospitals, which is a problem of a different nature. The point of the statement is that the hospital industry needs to take a major interest in this issue.

My second point is that within hospitals we have developed the best system of checks and balances. The Hospital for Sick Children thought it had the best system possible in the circumstances of the baby deaths.

Senator Corbin: Is that the one in Toronto?

Mr. Rowand: Yes.

The Chief Provincial Coroner has some views in which you might be interested, that hospitals represent places of risk to patients.

Senator Keon: There is no question about that.

Mr. Rowand: While you and I might have enormous confidence in the system that has been developed, senator, it is the individual who is loose in those systems who can do enormously evil things. The issue that scares me is that it is the individual who makes an individual decision to hasten the end of life as opposed to it being a process.

The Chairman: I would like to pick up on part of your answer to Senator Corbin's question regarding palliative care. You said that the large number of people in our population who are single for one reason or another are not really subjects for palliative care. I would think that would be a group that would benefit very much from palliative care, home palliative care in particular. This is what June Callwood's book was all about. It involved looking after a single friend and how her friends gathered around. I think we need more of that. As far as I am concerned, it is very cost-effective, or at least it could be.

[Translation]

La présidente: Sénateur Keon, lorsque vous dites que les décès de patients cardiaques sont des échecs sur le plan médical, cela m'inquiète. J'ai entendu ce commentaire plus d'une fois de la part de nos témoins et dans des conversations personnelles. Trop de médecins considèrent la mort imminente, qui est inévitable, comme un échec. Par conséquent, ils ne peuvent composer avec la situation. Dans quelle mesure est-ce vrai que certains médecins abandonnent tout simplement leurs patients lorsqu'ils estiment qu'ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient?

Le sénateur Keon: Je pense que votre affirmation renferme beaucoup de vérité. À mon avis, nous avons été conditionnés à maintenir la vie à n'importe quel prix, ce qui est parfois difficile. Néanmoins, notre patient, lorsqu'il entre à l'hôpital, il a confiance que nous allons l'en sortir vivant, ce qui est notre objectif premier.

M. Rowand: Puis-je faire des commentaires? Premièrement, je ne suis pas en désaccord avec vous en ce qui concerne la difficulté de faire des comparaisons concernant les statistiques entre divers pays.

Mais je veux préciser ceci. La plupart des décès au Canada se produisent actuellement dans les hôpitaux. Personnellement, je crois qu'il y a trop de décès dans les hôpitaux, ce qui est un autre problème. Ce que je veux dire, c'est que le secteur hospitalier doit s'intéresser grandement à cette question.

Je dois dire aussi que les hôpitaux ont élaboré le meilleur système de poids et contre-poids qui existe. L'Hôpital pour les enfants malades croyait avoir le meilleur système lorsque sont survenus les décès de bébés.

Le sénateur Corbin: Est-ce que c'est l'hôpital de Toronto?

M. Rowand: Oui.

Le coroner en chef de la province a certaines opinions qui pourraient vous intéresser, à savoir que les hôpitaux représentent des risques pour les patients.

Le sénateur Keon: Cela ne fait aucun doute.

M. Rowand: Bien que vous et moi puissions avoir énormément confiance dans le système qui a été mis au point, sénateur, ce sont les personnes qui font partie de ces systèmes qui peuvent causer d'énormes dommages. La question qui me fait peur, c'est que le particulier qui décide de son propre chef d'accélérer la fin des jours de quelqu'un ne respecte pas le système.

La présidente: J'aimerais revenir à une partie de votre réponse à la question du sénateur Corbin concernant les soins palliatifs. Vous avez dit que le grand nombre de gens dans notre population qui sont célibataires pour une raison ou pour une autre ne sont pas vraiment des sujets pour les soins palliatifs. J'aurais cru qu'il s'agissait d'un groupe qui aurait pu profiter grandement de ces soins palliatifs offerts à la maison en particulier. C'est ce que June Callwood écrit dans son livre. Elle devait s'occuper d'une amie qui était célibataire et elle décrit comment ses amis se sont rassemblés autour d'elle. Je pense que nous avons besoin de plus d'initiatives comme celle-là. En ce qui me concerne, c'est très rentable, ou à tout le moins ça devrait l'être.

[Text]

Mr. Rowand: Let me make myself clear. Anyone who is facing a death that will occur over time can benefit from palliative care. The question is whether the individual has the resources around them to die in the home in a way that promotes a good death. Not everyone is as fortunate as June Callwood's friend to have that many friends to look after them.

In Canada, we have moved more toward what we call evidence-based medicine. We are trying to make more decisions on the basis of science. Unfortunately, we have not done that in terms of policy. We are making all sorts of major policy decisions without evidence on which to make those decisions.

There is some evidence that home care in some circumstances can be more expensive than institutional care. I think that is a reality. Very often, home care is sold on the basis of a cost-effective alternative to institutionalization. Sometimes it is; sometimes it is not. We need to be clear about our objective in doing that.

Were I to die, I would rather die in the comfort of my own home, and I do not care what it costs. But if we are looking at the issue of home palliative care simply as a less-cost alternative, there are circumstances where it can be more expensive than institutionalization. I think that goes for home care services generally.

The Chairman: I think you are into the whole question of the provision of medical services, whatever they may be, and whether we can deal with the relative costs of home care versus hospital care, or spend more money on technology, whether it is in terms of cardiac care or something else. I suppose that is something the medical profession and all home care givers will have to address.

Mr. Rowand: We will leave that to Mr. Chrétien's health care forum to sort out.

The Chairman: That might be the best thing to do. Mr. Rowand, I thank you very much not only for your presentation but also for the extra reading material. The articles you have provided with your brief appear to be most worthwhile. I am sure they will be of great help to us. We thank you for being with us today.

The committee adjourned.

[Traduction]

M. Rowand: Permettez-moi de bien préciser ma pensée. Quiconque fait face à la mort peut profiter de soins palliatifs. La question est de savoir si la personne dispose des ressources autour d'elle pour mourir à la maison et avoir une bonne mort. Ce n'est pas tout le monde qui est aussi chanceux que l'amie de June Callwood.

Au Canada, nous avons de plus en plus ce que nous appelons une médecine fondée sur les preuves. Nous essayons de prendre plus de décisions en nous appuyant sur la science. Malheureusement, nous n'avons pas fait la même chose en ce qui concerne les politiques. Nous adoptons toutes sortes de grandes politiques sans preuves sur lesquelles les appuyer.

Certaines preuves indiquent que les soins à la maison dans certains cas peuvent être plus coûteux que dans un établissement. Je pense que c'est là une réalité. Très souvent, on propose les soins à la maison en disant que ce sera une solution de rechange moins coûteuse que l'institutionnalisation. C'est parfois le cas, parfois non. Il faut définir clairement notre objectif à cet égard.

Si je devais mourir, je préférerais mourir dans le confort de mon foyer peu importe ce que ça coûte. Mais si on envisage la question des soins palliatifs à la maison simplement comme une solution de rechange moins coûteuse, il y a des cas où cela peut être plus coûteux que l'institutionnalisation. Je pense que la même chose s'applique en général aux services de soins à domicile.

La présidente: Je pense que vous avez abordé toute la question de la prestation des services médicaux, quels qu'ils soient, ainsi que les coûts relatifs des soins à la maison par rapport aux soins hospitaliers, si on peut dépenser plus en matière de technologie, qu'il s'agisse de soins cardiaques ou autres. C'est là une question que la profession médicale et tous les prestataires de soins à la maison devront régler.

M. Rowand: Nous allons laisser la chance à M. Chrétien et à son forum de la santé de s'en occuper.

La présidente: C'est peut-être la meilleure chose à faire. Monsieur Rowand, je vous remercie beaucoup non seulement de votre exposé mais de tous les documents supplémentaires que vous nous avez remis. Les articles que vous avez joints à votre mémoire semblent très intéressants. Je suis sûre qu'ils nous seront tous d'un grand secours. Nous vous remercions d'être venu témoigner aujourd'hui.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Sunnybrook Health Science Centre

Dr. John Senn

Angèle St-Germain

From the Toronto Wellesley Hospital

Mr. R. Scott Rowand, President

De Sunnybrook Health Science Centre

Le Dr John Senn

Angèle St-Germain

De l'hôpital Wellesley de Toronto

M. R. Scott Rowand, président



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, June 15, 1994

Le mercredi 15 juin 1994

Issue No. 10

Fascicule n° 10

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin

Corbin

DeWare

* Fairbairn (or Molgat)

Keon

* Lynch-Staunton
(or Berntson)

Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin

Corbin

DeWare

* Fairbairn (ou Molgat)

Keon

* Lynch-Staunton
(ou Berntson)

Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 15, 1994
(14)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 2:10 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Corbin, Keon, Lavoie-Roux and Neiman.(6)

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir.

Also in attendance: Jocelyn Downie, Special Advisor to the Committee and the Official Reporters of the Senate.

WITNESSES:

From the Community Hospice Association of Ontario:

Duffy Davidson;

Heather M. Balfour.

From the Faculty of Law, University of Toronto:

Bernard Dickens.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

Duffy Davidson and Heather Balfour each made a statement and answered questions.

At 4:40 p.m., the Committee met *in camera* to discuss future business.

At 5:40 p.m., the Committee adjourned to approximately 7:00 p.m.

At 7:20 p.m., the Committee reconvened.

Bernard Dickens made a statement and answered questions.

At 8:35 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le greffier du Comité

Gary Levy

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 15 juin 1994
(14)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 14 h 10, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du Comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Corbin, Keon, Lavoie-Roux et Neiman.(6)

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: M^{me} Mollie Dunsmuir.

Aussi présents: Jocelyn Downie, conseillère spéciale auprès du comité, et les sténographes officiels du Sénat.

TÉMOINS:

De Community Hospice Association of Ontario:

Duffy Davidson;

Heather M. Balfour.

De la Faculté du droit, Université de Toronto:

Bernard Dickens.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences, dans le cadre de son étude de l'euthanasie et du suicide assisté.

Duffy Davidson et Heather Balfour font un exposé, puis répondent aux questions.

À 14 h 40, le comité se réunit à *huis clos* pour débattre des travaux futurs.

À 17 h 40, le comité suspend la séance jusqu'à environ 19 heures.

À 19 h 20, la séance reprend.

Bernard Dickens fait un exposé, puis répond aux questions.

À 20 h 35, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 15, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 3.15 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairperson*) in the Chair:

The Chairman: Honourable senators, Senator Beaudoin will be a few minutes late because he had another emergency meeting. He hopes to be here shortly, so that we will not hold up our witnesses.

We are happy to have with us this afternoon Ms Heather Balfour and Ms Marilyn Duffy Davidson of the Community Hospice Association of Ontario. We are looking forward to hearing what you have to say. Please proceed.

Ms Heather M. Balfour, Community Hospice Association of Ontario: Thank you. First, it is a great pleasure to be here this afternoon to present our views to you on behalf of the Community Hospice Association of Ontario. We have submitted to you a written brief which we will be referring to occasionally throughout our remarks today; we will not be going through in any amount of detail, however, because you have already had a chance to read it.

It is important for us to begin today by telling you a bit about the Community Hospice Association of Ontario and our members so that you have an idea of who it is that we are representing today.

The Community Hospice Association of Ontario was established in 1989 to promote, represent and enhance hospice services across the province of Ontario. It is guided by a 15-member volunteer board of directors. Those members are from around the province of Ontario. We have four staff positions, one of which is held by myself. We provide a wide range of services to our hospice members, including but not limited to educational events, educational materials, fundraising support, computer software and hardware recommendations, assistance with public relations and public policy, group projects, and other types of organizational support.

We receive no government funding. All our financial support comes from generous individuals, corporate and foundation donors and fundraising events.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 15 juin 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 15 h 15 pour procéder à l'étude et rendre compte, conformément à son ordre de renvoi, des questions juridiques, sociales et éthiques se rapportant à l'euthanasie et au suicide assisté.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, le sénateur Beaudoin aura quelques minutes de retard parce qu'il a une autre réunion urgente. J'espère qu'il sera là très bientôt, et nous n'allons donc pas faire attendre nos témoins.

Nous sommes heureux d'avoir parmi nous cet après-midi M^{mes} Heather Balfour et Marilyn Duffy Davidson de la *Community Hospice Association of Ontario*. Nous sommes impatients d'entendre ce que vous avez à nous dire. Vous avez la parole.

Heather M. Balfour, Community Hospice Association of Ontario: Merci. Tout d'abord, c'est un grand plaisir pour moi d'être ici cet après-midi pour vous faire part du point de vue de la *Community Hospice Association of Ontario*. Nous vous avons remis un mémoire écrit auquel nous vous renverrons à l'occasion au cours de notre intervention d'aujourd'hui; nous ne le reverrons pas en détail, cependant, parce que vous avez déjà eu la possibilité de le lire.

J'estime qu'il est important de commencer mon intervention aujourd'hui par vous dire quelques mots de la Community Hospice Association of Ontario et par vous parler de nos membres pour que vous puissiez vous faire une idée de ce que nous représentons aujourd'hui.

La *Community Hospice Association of Ontario* a été créée en 1989 pour promouvoir, représenter et améliorer le service des hospices dans l'ensemble de la province de l'Ontario. Cette association est dirigée par un conseil d'administration composé de 15 membres bénévoles. Ces membres viennent de toutes les régions de l'Ontario. Notre personnel compte quatre employés, et je suis l'une de ces employés. Nous dispensons toute une gamme de services aux hospices qui sont membres de notre association, notamment, sans que la liste en soit exhaustive, en organisant des stages d'information, en fournissant du matériel didactique, en contribuant à lever des fonds, en faisant des recommandations touchant les logiciels et le matériel informatique, en contribuant aux efforts de relations publiques et à l'élaboration des politiques publiques, en organisant des projets de groupe et en fournissant d'autres formes d'appui sur le plan de l'organisation.

Nous ne recevons aucune subvention gouvernementale. L'aide financière dont nous bénéficions nous est exclusivement fournie par des mécènes individuels ou par des sociétés ou des fondations donatrices, ou encore nous parvient à l'occasion de manifestations de collecte de fonds.

[Texte]

Our member hospices provide care free of charge to persons with a life threatening or terminal illness and their families. Hospice programs are primarily volunteer support oriented, although some of them have nursing, therapy, social work and/or physicians on staff or on a service arrangement.

Most of our hospices provide care to people in their own homes, although we do have one that is a free-standing hospice. Many of our hospice programs provide a combination of services, including day care and day-care centres, care to client in a hospital or in a nursing home, and also respite care. Most of our hospice programs are not diagnosis specific.

Most of our hospices do get some provincial government funding as a result of the recent Ontario Ministry of Health palliative care initiative. The bulk of their financial support comes from generous individuals, foundations and community groups.

It is also crucial for you to realize how new the whole hospice movement is in Ontario. The first hospice in the entire province was created in 1979. That was created in Windsor. Duffy Davidson, who is with me today and who is a member of the provincial board of directors, was instrumental in the creation of the Hospice of Windsor. She will be talking a bit more about that in a couple of minutes.

Since the development of Hospice of Windsor in 1979, other hospices have sprung up. However, most of that growth has occurred in the last two or three years during which we have seen hospice programs expand.

In 1989, the Community Hospice Association was established. At that time we had a base of eight hospice programs in the province. Since that time we have grown dramatically. We now have a membership of 60 hospice programs across the province. We also have a list of new groups that are planning on becoming a hospice program very soon. You can see how dramatically the hospice movement has grown in the last couple of years.

I will now turn to Duffy Davidson to talk about her experience.

Ms Duffy Davidson, Community Hospice Association of Ontario: Thank you very much for allowing us to appear before you today. I am a volunteer, as Ms Balfour has said. I have been involved with the hospice organization since 1979. I became involved with hospice for a personal reason.

[Translation]

Les hospices qui sont membres de notre association dispensent gratuitement des soins aux personnes qui souffrent de maladies mettant leur vie en danger ou parvenues en phase terminale, ainsi qu'à leur famille. Les programmes administrés par les hospices s'appuient avant tout sur l'intervention de bénévoles, même si certains d'entre eux font appel à du personnel infirmier, à des thérapeutes, à des travailleurs sociaux et (ou) à des médecins faisant partie du personnel de l'hospice ou intervenant en vertu d'accords de service.

La plupart de nos hospices dispensent des soins à domicile aux gens, mais nous en avons un qui fonctionne comme un établissement indépendant. Nombre des programmes de nos hospices offrent une gamme diverse de services, notamment des services et des centres de traitement de jour, des services de soins dispensés aux clients en hôpital ou dans des dispensaires, ainsi que des soins de convalescence. La plupart des programmes de nos hospices ne sont pas axés sur un diagnostic en particulier.

Dans leur majorité, nos hospices obtiennent un certain montant de subventions de la province dans le cadre du projet de soins palliatifs mis sur pied récemment par le ministère de la santé de l'Ontario. La majeure partie des crédits dont ils bénéficient leur sont versés par des mécènes, des fondations et des groupements communautaires.

Il vous faut bien comprendre par ailleurs que l'ensemble du mouvement des hospices en Ontario est une chose toute nouvelle. Le premier hospice de la province a été fondé en 1979 à Windsor. Duffy Davidson, qui m'accompagne aujourd'hui et qui est membre du conseil d'administration provincial, a joué un rôle majeur lors de la création de l'hospice de Windsor. Elle vous en parlera un peu plus dans quelques minutes.

Depuis la création de l'hospice de Windsor en 1979, d'autres hospices ont vu le jour. Cette progression s'est toutefois intensifiée au cours des deux ou trois dernières années, alors que nous avons vu les programmes des hospices prendre de l'ampleur.

La *Community Hospice Association* a vu le jour en 1989. Cette année-là, nous pouvions compter dans la province sur huit programmes d'hospices. Depuis cette date, nous avons considérablement progressé. Nous comptons désormais sur 60 programmes d'hospices qui sont membres de notre association dans l'ensemble de la province. Nous disposons aussi d'une liste de nouveaux groupes qui envisagent de mettre sur pied très bientôt des programmes d'hospices. Vous pouvez donc constater que le mouvement des hospices a fait des pas de géant ces deux dernières années.

Je passe maintenant la parole à Duffy Davidson, qui va vous faire part de son expérience.

Duffy Davidson, Community Hospice Association of Ontario: Je vous remercie beaucoup de m'avoir permis de comparaître devant vous aujourd'hui. Comme vous l'a dit M^{me} Balfour, je suis une bénévole. Je travaille au sein de l'organisation des hospices depuis 1979. C'est pour des raisons personnelles que je me suis impliquée au sein de cette organisation.

[Text]

I worked and trained in Toronto at St. Michael's Hospital, where I was part of Canada's health care system, which I thought and still believe is one of the finest in the world.

In 1979, my mother was struck with bowel cancer. It was very severe. At the time of the diagnosis we thought that it would be of at least five to six years duration. But it did not happen that way. She died very quickly six months after her diagnosis. At that time I was not quite sure of what was happening, but I knew something was very wrong. I knew that all the best care from the physicians was available. I knew that the nurses were extraordinary. I knew that we were in the best teaching hospital. But something was very wrong. Her pain management was not addressed properly. This was not because of an inability on the part of the physicians at that time, but, as I realize now, because their knowledge base needed to be expanded. Neither the nurses nor the physicians had been trained in palliative care. I am not talking necessarily about just the physical symptoms here; I am also talking about the psychological and spiritual end of someone facing a life threatening or terminal illness.

It became very clear to me that I wanted to do something about this situation. I lived in Windsor and I had the great fortune of meeting with Reverend Chidwick and Jane Boyd, who at that time also had experienced some similar situations. They put together a grass-roots organization with a board of directors and no money. They raised approximately \$25,000 from the community and started a very small program.

At that time we had a part-time executive director and our budget was approximately \$25,000 to \$30,000. Today the budget is \$1 million. Today we deal with about 1,000 people in the Windsor and Essex County region. I can speak to you about that at length later on.

Through my involvement with the Hospice of Windsor at the grass-roots level, we were effectively able to change the behaviour of a lot of physicians and nurses in that community. We were able to do that because, first, we raised our own money; and, second, we grabbed the hearts and the minds of the community.

It became very apparent that the community was where this whole movement was growing very quickly. It did take some time to bring physicians on board, but the growth of the Hospice of Windsor was extraordinary. We had people coming from across Canada to see how we were doing this. We did not operate out of a building. We operated where the patient was at the time — in home, in hospital, wherever the need had to be met. We dealt not only with the individual, but also with the family members. Oftentimes it was a family member or a close friend who would call us and say, "Could you please help? My parent

[Traduction]

J'ai travaillé et j'ai reçu une formation à l'hôpital St. Michael de Toronto, ce qui m'a permis de m'impliquer au sein du réseau canadien de la santé, qui me paraît encore aujourd'hui comme étant l'un des meilleurs au monde.

En 1979, ma mère a été atteinte d'un cancer des intestins. La maladie était très grave. Au moment du diagnostic, on pensait qu'elle en avait encore pour au moins cinq ou six ans à vivre. Pourtant, ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées. Elle est morte très vite, six mois après le diagnostic. À cette époque, je n'ai pas très bien compris ce qui s'était passé, mais j'avais le sentiment qu'il y avait quelque chose qui n'allait absolument pas. Je savais que les meilleurs médecins étaient disponibles. Je savais que les infirmières étaient extraordinaires. Je savais qu'elle avait été hospitalisée dans un excellent établissement qui dispensait le meilleur enseignement. Toutefois, il y avait quelque chose qui clochait. Sa douleur n'avait pas été bien prise en compte. Ce n'était pas parce que les médecins en étaient incapables à l'époque; mais, je m'en rends compte maintenant, parce qu'il était nécessaire d'élargir leur base de connaissances. Ni le personnel infirmier, ni les médecins, n'avaient reçu une formation en soins palliatifs. Je ne parle pas ici nécessairement des simples symptômes physiques; je me réfère aussi aux besoins psychologiques et spirituels de quelqu'un qui doit faire face à une maladie en phase terminale ou mettant sa vie en danger.

Je me suis rendu compte alors que je voulais faire quelque chose pour remédier à la situation. J'habitais Windsor et j'avais eu la chance insigne de rencontrer le révérend Chidwick et Jane Boyd, qui à l'époque avaient été confrontés eux aussi à des situations semblables. Ils avaient mis sur pied une organisation oeuvrant sur le terrain, qui avait un conseil d'administration et pas d'argent. Ils avaient recueilli environ 25 000 \$ au sein de la collectivité et s'étaient lancés dans un petit programme.

À l'époque, nous avions un directeur général à temps partiel et notre budget était d'environ 25 000 \$ ou 30 000 \$. Il est aujourd'hui d'un million de dollars. Aujourd'hui, nous nous occupons d'un millier de personnes dans la région de Windsor et du comté d'Essex. Je vous en parlerai plus longuement par la suite.

Lorsque j'ai participé à la base au fonctionnement de l'hospice de Windsor, nous avons réussi en fait à modifier le comportement de bon nombre de médecins et d'infirmières de cette collectivité. Si nous avons réussi à le faire, c'est tout d'abord parce que nous sommes parvenus à collecter nous-mêmes de l'argent et, en second lieu, parce que nous avons su toucher les gens de la collectivité au plus profond d'eux-mêmes.

Nous avons pu constater très rapidement que le mouvement prenait de l'ampleur au sein de la collectivité. Il a fallu un certain temps pour que les médecins suivent le mouvement, mais la progression de l'hospice de Windsor a été extraordinaire. De tous les coins du Canada, des gens sont venus voir ce que nous faisons. Nous ne fonctionnions pas à partir de l'établissement. Nous allions là où le malade se trouvait au moment considéré — chez lui, à l'hôpital, partout où l'on avait besoin de nous. Nous ne traitions pas seulement avec la personne concernée, mais aussi avec les membres de sa famille. Souvent, c'est un membre de la

[Texte]

or my loved one does not want to talk about dying or the fact that they may die. How do we handle this?"

We saw within the Hospice of Windsor specifically that over a period of time we were able to move from the terminal stage — that is, dealing with people right in a crisis management situation — to dealing with people in a broader context.

Today we have many people on that case load. I am a volunteer. I am not the staff person from the Hospice of Windsor. Many of the people whom we deal with on an ongoing basis are people like you and me; people who want questions answered for someone that they may know, even as a friend and not necessarily as a family member.

Today, Carol Derbyshire has a budget of \$1 million. Over \$600,000 of that is raised locally. Approximately \$200,000 comes from the United Way on top of the \$600,000, and the rest comes from various grants. Through the Ontario government's new palliative care initiative, Windsor just received approximately \$65,000.

The one new thing the Hospice of Windsor has is a day hospice. That is a whole new concept that we, in sending our executive director over to England, found would be the most useful because we were not building empires. I must stress this strongly. I strongly believe that within the health care system there exist enough services and talented people that we do not need to build new empires. That is my own personal belief.

When it comes to the quality of life, I can unequivocally say that the people who have had hospice services have a better quality of life. I say that because of my mother's personal experience. Her death was not nice, nor is anyone's that has severe pain. But there was another facet to it. My father had been a recovered alcoholic, a fine gentleman who had weathered some difficult years and had overcome them. When my Mom died he could no longer cope. It had not been long enough. Not only was her physical pain not met at that time but also her psychological pain was a direct influence on what was happening to her physically with pain management.

I now understand that if we are to take care of people, we have to treat them as a whole. We have to treat their psychological and their spiritual side as well as their physical side. Windsor has been lucky in that we have been able to mobilize the community with the kind of money that allows us to have social work involvement, music therapists' involvement, hypnosis, and a variety of options that the consumer can access.

[Translation]

famille ou un ami proche qui nous appelait pour nous dire: «Pouvez-vous venir nous aider? Mon parent ou la personne que j'aime ne veut pas parler de la mort ou de la possibilité de mourir. Comment aborder cette situation?»

Dans le cas bien précis de l'hospice de Windsor, nous nous sommes aperçus avec le temps que nous avons réussi à passer de la phase terminale — soit la nécessité d'entrer en relation avec des personnes en situation de crise — à des relations personnelles plus globales.

Aujourd'hui, nous nous occupons de nombreux dossiers de cet ordre. Je suis une bénévole. Je ne fais pas partie du personnel de l'hospice de Windsor. Nombre de personnes avec lesquelles nous traitons en permanence sont comme vous et moi; elles veulent avoir des réponses pour quelqu'un de leur connaissance, parfois même un ami et pas nécessairement un membre de leur famille.

À l'heure actuelle, Carol Derbyshire gère un budget d'un million de dollars. Sur cette somme, plus de 600 000 \$ sont recueillis au niveau local. En plus de ces 600 000 \$, Centraide verse environ 200 000 \$, et le reste nous provient de différentes subventions. Dans le cadre du nouveau projet de soins palliatifs du gouvernement de l'Ontario, l'hospice de Windsor vient de recevoir quelque 65 000 \$.

L'hospice de Windsor vient de se doter d'un service de jour. C'est une toute nouvelle formule que nous a rapportée notre directeur général d'un séjour en Angleterre et qui nous a paru la plus utile parce que nous ne voulons pas bâtir des empires. C'est une chose sur laquelle je tiens à insister. Je suis fermement convaincue qu'il y a déjà suffisamment de services et de gens doués au sein de notre réseau de santé pour que nous n'ayons pas en plus à bâtir de nouveaux empires. C'est ma conviction personnelle.

Sur le plan de la qualité de vie, je peux dire sans crainte de me tromper que les gens qui ont eu la chance de bénéficier des services des hospices y ont gagné en qualité de vie. Je peux le dire en me fondant sur ma propre expérience avec ma mère. Sa mort fut difficile, comme chaque fois qu'une personne souffre beaucoup. Il y avait en outre un autre élément. Mon père était un ancien alcoolique, c'était un excellent homme qui était passé par des années difficiles et qui avait réussi à les surmonter. Lorsque ma mère est morte, il n'a pas pu faire face. Il n'y avait pas suffisamment longtemps qu'il s'était rétabli. Les souffrances physiques de ma mère n'ont pas été soulagées à l'époque, mais en outre ses souffrances psychologiques découlaient directement de sa situation physique.

Je comprends aujourd'hui que si l'on veut prendre soin des gens, il faut les traiter dans leur globalité. Il faut s'occuper à la fois de leur bien-être psychologique et spirituel en même temps que de leur état physique. L'hospice de Windsor a de la chance parce que nous avons réussi à mobiliser la collectivité et à lever des fonds qui nous permettent de faire intervenir des travailleurs sociaux, des thérapeutes faisant appel à la musique, des spécialistes de l'hypnose ainsi que différents prestataires de services qui sont offerts à notre clientèle.

[Text]

The quality of life has improved for these people. As a mother myself, I know that if I had to look in my child's eyes when I knew that her pain was a result of my physical condition it would be very difficult for me. That is a hard thing to bear. But if I knew that people were helping her, or other children, or husbands, it somehow makes it an awful lot easier.

My other position is with the Community Hospice Association. I am chairman of their Public Policy Board. After Ms Balfour gives you a working understanding of what the operation entails, I will tell you where I stand on where we are going with the provincial organization.

Ms Balfour: I want to expand a bit on a remark that Ms Davidson made a few moments ago about not building empires. In the hospice movement we strongly believe that we have to be part of the long-term care community, and not be apart from it. We are very conscious of the current trends to support community-based care and to provide care that is in cooperation and collaboration with other care providers. We strive to find ways that we can meet the needs of clients and families by using existing care delivery methods. There are some ways in which we are trying to develop that.

We are trying to work with district health councils in Ontario in terms of educating them with what is available with hospice care programs. When you have a movement as new as ours, often people do not realize what is available and what can be done with existing community resources. We have been involved in long-term care reform in Ontario. I and other volunteers from our organization have been a part of the consultation process with the Ministry of Health in terms of the redirection of long-term care and how palliative and hospice care programs can fit into long-term care redirection.

We are very involved, either myself personally or volunteers from the board or committee structure of the association, in working with other related organizations. For example, I sit on a task force of the Ontario Medical Association that is looking at barriers to care for the dying. That is an important piece of what we do, namely working with physicians to see how we can work together to improve the ways in which we meet the needs of the people we are trying to care for and their families.

I am also involved with the Supportive Care Committee of the Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, looking again at how we can work more effectively together in meeting the needs of people with terminal illness and their families.

Also, we are very involved with the Metro Toronto Palliative Care Council, an interdisciplinary group of people who come together in Toronto to look at the question of what the needs are and how we can meet them more effectively and efficiently.

[Traduction]

La qualité de vie de ces gens s'est améliorée. Je suis moi-même mère et je sais qu'il me serait très difficile de regarder mon enfant dans les yeux si je savais que sa douleur est la conséquence de mon état physique. C'est une chose très difficile à supporter. Toutefois, si je savais que d'autres gens l'aident, ainsi que ses enfants ou son mari, ce serait en quelque sorte pour moi un grand soulagement.

Je travaille aussi au sein de la *Community Hospice Association*. Je suis présidente de sa commission des affaires publiques. Une fois que M^{me} Balfour vous aura exposé le fonctionnement de l'organisation, je vous ferai part de ma position en ce qui concerne l'orientation à donner à l'organisation provinciale.

M^{me} Balfour: Je voudrais enchaîner au sujet de l'observation que M^{me} Davidson vient de faire sur les bâtisseurs d'empires. Au sein du mouvement des hospices, nous sommes fermement convaincus que nous devons faire partie intégrante du personnel dispensant des soins à long terme et non pas nous en écarter. Nous sommes très au fait des tendances actuelles, qui consistent à appuyer les soins communautaires et à dispenser des soins en collaboration avec d'autres dispensateurs de soins. Nous nous efforçons de trouver les moyens de répondre aux besoins des clients et des familles en faisant appel aux méthodes de soins existantes. Il y a plusieurs moyens d'y parvenir.

Nous nous efforçons d'oeuvrer en collaboration avec les conseils de district du réseau de la santé en Ontario pour les sensibiliser à l'existence des programmes de soins des hospices. Souvent, en présence d'un mouvement aussi jeune que le nôtre, les gens ne se rendent pas compte des services disponibles et de ce qui peut être fait dans le cadre des ressources existant au sein de la collectivité. Nous nous sommes impliqués dans la réforme des soins à long terme en Ontario. En compagnie d'autres bénévoles de mon organisation, j'ai pris part au processus de consultation mis sur pied par le ministère de la Santé en vue de réorienter les soins à long terme et de chercher les moyens d'y insérer les programmes de soins palliatifs et de soins des hospices.

Nous sommes très impliqués, moi personnellement ainsi que d'autres bénévoles du conseil d'administration ou de la structure des comités de notre association, dans un travail de coordination avec d'autres organisations qui nous sont liées. Je siège par exemple au sein du groupe d'étude de l'Association médicale de l'Ontario, qui se penche sur les difficultés qui font obstacle aux soins donnés aux personnes mourantes. C'est une importante partie de notre travail, qui consiste notamment à chercher avec les médecins les moyens de mieux répondre aux besoins des gens que nous cherchons à soigner et de leur famille.

J'oeuvre aussi au sein du comité des soins d'entretien de la Fondation ontarienne pour la recherche en oncologie et le traitement du cancer, qui s'efforce là encore de trouver les moyens de répondre dans de meilleures conditions aux besoins des malades en phase terminale et de leur famille.

Nous participons aussi très activement aux travaux du conseil des soins palliatifs de la communauté urbaine de Toronto, un groupe pluridisciplinaire de gens qui se sont réunis à Toronto pour examiner la question des besoins et les moyens d'y répondre plus efficacement et plus adéquatement.

[Texte]

From a provincial standpoint, we are very involved both at the provincial level, which is where we are at the association, and helping our local member hospices in working in their own local communities in terms of creating those collaborative links to provide some efficient and effective care.

I also wanted to talk to you today about the leadership role that we, as an association, are playing for a lot of the country. We are a member of the Canadian Palliative Care Association. They made a presentation to this body a few weeks ago.

As a hospice organization, we are leaders in the Canadian community. Although there are many palliative care professionals and volunteers involved with the Canadian association from across the country, the volunteer hospice aspect is relatively new. In Ontario and perhaps B.C., we are leaders in that role in terms of creating volunteer palliative care programs that can assist the professionals in what they are trying to provide to people with terminal illness and their families.

Ms Davidson would like to talk a bit more at this moment about the role of the provincial association.

Ms Davidson: The provincial association exists to serve its members who, in turn, serve their communities.

One of the roles is to train patient care volunteers in how to handle situations. These volunteers go through an extensive training program. It is a six-week, in-depth program.

In Winsor, I was trained as a patient care volunteer and then quickly shifted out. They said, "No, Duffy, you are not going near a patient. You are going to raise money." I had to leave that position and take on other duties, which I found very nice.

The patient care volunteer is a very special person. He or she is very quietly going about helping the citizens in the community. I know the training programs were well structured in that they used existing sources in the community to do the training, like oncologists and medical persons, nurses and practitioners.

Senator DeWare: Physiotherapists?

Ms Davidson: Some of them have physio, but not too many. I am thinking of ministers, the clergy, social workers and psychologists.

I would be remiss in saying that some of our members are in the infancy stage of their development. They have not reached the stage where Windsor is, and their budgets reflect that, but the

[Translation]

Nous sommes aussi très actifs au niveau de la province qui abrite notre association, en aidant les hospices qui sont nos membres au niveau local à créer dans leur localité des liens de collaboration permettant de dispenser des soins efficaces et adéquats.

Je tiens aussi à vous parler aujourd'hui du rôle de chef de file que joue notre association dans de nombreuses régions de notre pays. Nous sommes membres de l'Association canadienne des soins palliatifs. Cette association est intervenue devant votre comité il y a quelques semaines.

En tant qu'organisation d'hospices, nous sommes les chefs de file dans la collectivité canadienne. Il y a de nombreux bénévoles et de nombreux professionnels des soins palliatifs qui oeuvrent au sein de l'association canadienne dans tout le pays, mais ce fonctionnement d'hospices administrés par des bénévoles est relativement nouveau. En Ontario et peut-être même en Colombie-Britannique, nous sommes en pointe dans ce domaine pour ce qui est de la création de programmes de soins palliatifs administrés par des bénévoles qui viennent aider les professionnels à soulager le sort des malades en phase terminale et de leur famille.

M^{me} Davidson va maintenant vous parler davantage du rôle de l'association provinciale.

M^{me} Davidson: L'association provinciale a été créée pour servir ses membres qui, à leur tour, servent leur collectivité.

L'un de ses rôles consiste à former des bénévoles spécialisés dans les soins donnés aux malades pour leur permettre de prendre en charge les différents types de situation. Ces bénévoles suivent un programme de formation approfondie. Il s'agit d'un programme de formation poussée, qui dure six semaines.

À Windsor, j'ai été formée comme bénévole spécialisé dans les soins donnés aux malades et l'on m'a rapidement affectée à une autre tâche. On m'a dit, «Non, Duffy, vous n'allez pas vous occuper des malades. Vous allez collecter des fonds.» J'ai dû quitter ce travail pour occuper d'autres fonctions, que j'ai trouvées très intéressantes.

Le bénévole spécialisé dans les soins donnés aux malades est une personne bien spéciale. Elle vaque tranquillement à ses occupations qui consistent à aider les membres de la collectivité. Je sais que les programmes de formation sont bien structurés et qu'ils font appel à des gens de la collectivité pour assurer la formation; par exemple à des oncologistes et à du personnel médical et infirmier ainsi qu'à des professionnels.

Le sénateur DeWare: Des physiothérapeutes?

M^{me} Davidson: Certains d'entre eux ont des physiothérapeutes, mais ils ne sont pas nombreux. Je me réfère aux ministres du culte, aux membres du clergé, aux travailleurs sociaux et aux psychologues.

Je n'hésiterai pas à dire que certains des membres de notre organisation en sont encore au stade des premiers balbutiements. Ils n'ont pas encore atteint le stade où en est Windsor, et leur

[Text]

importance of the provincial association is that we are giving guidance and training to these fledgling organizations.

There is another point that I would like to make, and that is the accessibility of the program. Again I go back to my own story with my mother. She was in an institution. She was being taken care of by the medical community. Last year, my father passed away. He had been ill for many years. I also was ill. It sounds like we have a terrible history in my family. I did become ill, and the physician told me they thought I had a blocked heart. He said I must take life very quietly until we got it resolved.

My father at that time was starting to slip a little. I called the hospice, and I said, "My father is ill. I do not think it is quite serious, but I would like someone to come in and take a look at him and assess his situation." At the time, I felt that the physician really did not have a handle on what was going on. The palliative care team came in, did an assessment, and they indeed found that there was some discrepancy between the care he was receiving and what he should receive.

Subsequent to that, I came up to Toronto. He was admitted to hospital, and then out again. About two months after that time, my father slid further. In the interim, we had put a team together to take care of him. We had volunteers. When he was in the hospital, there was a volunteer with him, and when he went back to the nursing home, that volunteer followed my dad.

This volunteer, Malcolm Wilson, was, like my father, a musician. They related very well to one another. When my father was again taken to the hospital, I got a call. I could not go. I was going for extensive tests. My doctor said, "Is this an emergency?" I said, "I think it might not be," but we were not sure. I was assured by the doctors in the emergency department that dad was all right. However, two hours later he passed away. Malcolm was with my father. That meant an awful lot to me.

What I am trying to say to you is that I was able to access that kind of care as a consumer by picking up the telephone. I have on many occasions directed people to call their hospice organization. I tell them to pick up the phone. The service is there. It is free. You can use it.

To me, that is a paradigm shift in health care. To me, it used to be that the physician-nurse team was the gatekeeper. I think what we are seeing here is a shift in allowing the consumer some options for care when people are very very ill.

I think also that the provincial organization has a role to play in working with the members in Ontario to develop long-range plans and strategic plans. What frightens me more than anything is an ad hoc development of these services across the province without strong planning with the district health councils. Every community has a different picture and a different story to tell and very different needs. The planning must take place at the regional

[Traduction]

budget en témoigne, et l'association provinciale présente l'intérêt de pouvoir servir de guide et de dispenser une formation à ces organisations débutantes.

Il y a un autre élément que je voudrais souligner, c'est celui de l'accessibilité du programme. Là encore, j'en reviens à ma propre expérience avec ma mère. Elle était hospitalisée dans un établissement. Elle a été prise en charge par les milieux médicaux. L'année dernière, mon père est mort. Il était malade depuis de nombreuses années. Moi aussi, j'étais malade. L'histoire de ma famille pourra vous sembler bien triste. Je suis donc tombée malade, et mon médecin m'a dit que mon cœur était fragile. Il m'a conseillé de prendre la vie calmement en attendant que les choses se résorbent.

Mon père à cette époque a commencé à décliner. J'ai appelé l'hospice et j'ai dit au responsable: «Mon père est malade. Je ne crois pas que ce soit très grave, mais j'aimerais que quelqu'un vienne, examine et évalue la situation.» À l'époque, je n'avais pas l'impression que le médecin avait bien la situation en main. L'équipe de soins palliatifs est venue, a procédé à une évaluation et a convenu effectivement qu'il y avait un décalage entre les soins que mon père recevait et ceux qu'il devait recevoir.

Sur ce, je suis allée à Toronto. Il a été admise à l'hôpital, puis il en est ressortie. Deux mois plus tard, l'état de mon père a encore empiré. Dans l'intervalle, nous avons organisé une équipe pour prendre soin de lui. Nous avons des bénévoles. Lorsqu'il était hospitalisé, un bénévole se tenait auprès de lui et lorsqu'on le renvoyait au foyer des soins infirmiers, ce bénévole l'accompagnait.

Ce bénévole, Malcolm Wilson, était comme mon père un musicien. Ils s'entendaient très bien tous les deux. Lorsque mon père a été à nouveau hospitalisé, j'ai reçu un appel. Je ne pouvais pas y aller. Je devais subir des tests approfondis. Mon médecin m'a demandé: «Est-ce une urgence?» Je lui ai répondu «Je ne crois pas» mais nous n'en étions pas sûrs. Les médecins du service d'urgence m'ont rassurée en me disant que mon père allait très bien. Il est mort toutefois deux heures plus tard. Malcolm se trouvait avec mon père. Ce fut pour moi terriblement important.

Ce que je veux vous dire par là, c'est que j'ai pu obtenir des soins en tant que consommatrice en prenant le téléphone. J'ai eu l'occasion à maintes reprises de conseiller à des gens d'appeler l'organisation de leur hospice. Je leur dit de prendre le téléphone. Le service est là. C'est gratuit. Il suffit de l'utiliser.

À mon avis, il s'agit là d'une orientation nouvelle en matière de soins de santé. Jusqu'alors, il fallait passer au départ par l'équipe constituée par le médecin et le personnel infirmier. Ce qui se passe aujourd'hui, à mon avis, c'est qu'il y a un changement d'optique qui permet au consommateur de faire d'autres choix en matière de soins s'adressant à des personnes très malades.

Je considère par ailleurs que l'organisation provinciale a un rôle à jouer en collaboration avec ses membres de l'Ontario de manière à élaborer des plans stratégiques et des projets à long terme. Ce que je crains par-dessus tout, ce serait un développement au coup par coup de ces services dans toute la province en l'absence d'une bonne planification avec les conseils de district en matière de santé. Chaque localité est dans une situation

[Texte]

levels where these community links can be analyzed. Duplication of services must not occur, but they do. We must have some continuum of care from the institutions down into the community-based programs.

I have seen the growth of this organization. It is a very frightening prospect when you start with five members in 1989 and end up with 60. Anybody in business will tell you that that is a pretty big growth in a very short period of time, and you had better start doing some planning around it.

The Minister of Health in Toronto knows about us. We have had consultations with her, and we do have a submission to her right now to work with the district health councils and our members.

I think that what we are seeing here is a whole new way of doing business in the health care field. I would love dearly to see some leadership on this whole issue coming from the federal government. The federal government put the Canada Health Act together. It seems to me that we are experiencing a major shift in how we are doing business. My concern is that if we let it go ad hoc from community to community, the quality of services will be different from place to place across Canada. Canadians, as we all know, share a very strong belief that health care is one of our precious resources.

I would urge you to take a look at hospice concept in your deliberations. I would urge you, when you do your report, to make a side-bar recommendation to take a look at what is happening out there at the grass-roots level. I would be glad to answer any further questions that you have of me.

The Chairman: Thank you.

Senator Lavoie-Roux: Thank you for your brief. It is interesting to see how your movement has developed so quickly. You started in 1985, or was it 1989?

Ms Davidson: Provincially, 1989.

Senator Lavoie-Roux: It has been just five years, and you already have 60 groups working. I do not know if they are all as active as the one in Windsor.

This same question was asked of a doctor in France, who has done a lot of work and writing regarding euthanasia: Do you feel that the need for euthanasia primarily comes from the fact that there is no proper palliative care?

You call yourself a hospice, but you are part of palliative care. We know it does not exist everywhere, and it is not of the same quality everywhere that it does exist. If it were, do you think that the discussion over euthanasia would fall down? Do you feel that

[Translation]

particulière, elle a ses propres perspectives et des besoins très différents. Il faut que la planification se fasse au plan régional de façon à pouvoir analyser ces liens à l'intérieur de la collectivité. Les chevauchements ne devraient pas se produire, mais il y en a pourtant. Il faut que tout l'éventail des soins puisse être dispensé en partant des établissements pour aller jusqu'aux programmes communautaires.

J'ai assisté à la croissance de cette organisation. Il est affolant de commencer avec cinq membres en 1989 pour se retrouver finalement avec 60. Tous les gens d'affaires vous diront qu'il s'agit là d'une croissance particulièrement forte sur une très courte période, et il est recommandé dans ce cas de faire une bonne planification.

Le ministère de la Santé à Toronto nous connaît bien. Nous l'avons consulté, et nous lui présentons en ce moment un mémoire qui préconise une collaboration entre nos membres et les conseils de district en matière de santé.

Ce que nous voyons ici, c'est une façon toute nouvelle de faire des affaires dans le domaine des soins de santé. Je serais très heureuse que le gouvernement fédéral montre dans une certaine mesure la voie dans ce domaine. C'est le gouvernement fédéral qui a mis en place la *Loi canadienne sur la santé*. Il me semble que nous sommes en train de bouleverser complètement notre façon de travailler. Ce qui m'inquiète, c'est que si nous installons au coup par coup des services dans les différentes localités du Canada, la qualité de ces services ne sera pas la même partout. La population canadienne, nous le savons pertinemment, est convaincue que les soins de santé sont l'une de nos ressources les plus précieuses.

Je vous prie instamment de tenir compte du principe des hospices dans vos délibérations. Je vous demande instamment, lorsque vous rédigerez votre rapport, de faire une recommandation annexe pour tenir compte de ce qui se passe au niveau de la base. Je suis prête à répondre à toutes les questions que vous avez maintenant à me poser.

La présidente: Merci.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci pour votre mémoire. Il est intéressant de voir avec quelle rapidité s'est développé votre mouvement. Vous avez commencé en 1985, ou est-ce que c'était en 1989?

M^{me} Davidson: Au niveau provincial, en 1989.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela fait donc juste cinq ans, et vous avez déjà 60 groupes qui travaillent. Je ne sais pas s'ils sont tous aussi actifs que celui de Windsor.

Cette même question a été posée à un médecin français, qui a beaucoup travaillé dans le domaine de l'euthanasie et qui a rédigé de nombreux ouvrages à ce sujet: avez-vous l'impression que si l'on a besoin de l'euthanasie, c'est principalement parce qu'il n'y a pas de soins palliatifs adéquats?

Vous vous qualifiez d'hospice, mais vous faites partie du mouvement des soins palliatifs. Je ne crois pas que ça existe partout et que la qualité des soins soit partout la même. Au cas où ce serait possible d'y parvenir, pensez-vous que l'on n'aurait plus

[Text]

you could meet all the needs or wishes of individuals in relation to the way they want to die?

Ms Balfour: I think there are really two answers to that. First, I would say we have a public awareness problem. We do a lot of public speaking to groups about hospice care, and what we discover is that almost no one knows what is available or what hospice care is, and everyone has a different definition of what it is.

We simply do not have enough people. Ninety-five per cent of the people working in hospice care in Ontario are volunteers. We do not have the people to get out there and do the public awareness so that people know what is available.

I think the other issue is that we do not have enough people working in hospice. It would be very difficult to meet the needs of everyone out there who required palliative care with the existing resources we have now. It just simply could not be done.

Ms Davidson: A friend of mine is a family physician. When I told her I was coming to speak with you today, she said, "Duffy, I have had older women coming into my office who are presenting me with living wills." She said one of the things concerning her is the language that they are using. They are saying to her, "Will you be there for me to help me should I need you? Would you help me to die?" She said this was not happening a year ago. I asked her, "Do these people have family nearby?" She said, "I think that is one of the problems; it is the fear of being alone."

That is why we have to get the message out that there are community-based services there. Most people do not know they exist. One of the things that Windsor is doing right now is that when anyone is newly diagnosed in the cancer centre, they do not leave that centre without a hospice brochure. A lot of the oncologists want to get the message out very early that other resources are available. That information just is not there.

You have a lot of elderly people who are terrified of physicians, not physicians in the sense of being a physician but as an authority figure: "Whatever the doctor says, I will do."

To answer your question, I am concerned that the rhetoric is creating, or may create, the expectation that there is nothing else out there, that nothing else can be done. If we develop palliative care services across the country, that is an important medium which might alleviate some of the dialogue that we are hearing today and the concerns that people are having.

I say "across the country", senators, because our children are living in different parts of Canada. If we can pick up the telephone and access these things, it is going to make life an awful lot easier for everyone. If you have to go through the institutions all the time, it is going to be very difficult.

[Traduction]

alors à discuter de l'euthanasie? Avez-vous le sentiment que vous pouvez répondre à tous les besoins et à tous les désirs des individus pour ce qui est de la façon dont ils veulent mourir?

Mme Balfour: Je crois que la réponse à cette question est double. Tout d'abord, je dirais que nous avons un problème de sensibilisation du public. Nous parlons souvent devant des auditoires des soins en hospice, et nous nous apercevons que presque personne ne sait quels sont les services disponibles et en quoi consistent les soins en hospice, et que chacun en donne une définition différente.

Nous n'avons tout simplement pas suffisamment de gens. Quatre-vingt-quinze pour cent des gens qui travaillent dans le domaine des soins en hospice en Ontario sont des bénévoles. Nous manquons de gens pour aller s'adresser aux différents auditoires et faire connaître aux gens les services disponibles.

Le deuxième problème, c'est à mon avis que nous n'avons pas suffisamment de gens pour travailler en hospice. Avec les ressources dont nous disposons à l'heure actuelle, il s'avère très difficile de donner satisfaction à tous ceux qui ont besoin des soins palliatifs. C'est tout simplement impossible.

Mme Davidson: J'ai une amie qui est médecin de famille. Lorsque je lui ai dit que j'allais venir vous parler aujourd'hui, elle m'a déclaré: «Duffy, je reçois dans mon cabinet des vieilles dames qui viennent me présenter des testaments biologiques.» Cette amie me dit que l'une des choses qui la préoccupent, ce sont les formules utilisées. Ces personnes viennent lui dire: «Serez-vous là pour m'aider lorsque j'en aurai besoin? Allez-vous m'aider à mourir?». D'après elle, c'est une chose qui ne se produisait pas il y a un an. Je lui ai demandé: «Est-ce que ces gens ont une famille à proximité?». Elle m'a répondu: «À mon avis, c'est là une partie du problème; c'est la peur de se retrouver seul.»

C'est pourquoi il nous faut faire savoir qu'il existe des services implantés dans la collectivité. La plupart des gens n'en connaissent pas l'existence. L'une des choses que l'on fait aujourd'hui à Windsor, c'est que chaque fois qu'un cancer est diagnostiqué dans un centre anticancéreux, le malade ne sort pas du centre sans avoir une brochure concernant l'hospice. Nombre de médecins tiennent à faire savoir très tôt que d'autres ressources sont disponibles. L'information est tout simplement insuffisante.

Beaucoup de personnes âgées sont terrifiées par les médecins, non pas en leur qualité de médecin, mais parce qu'ils représentent l'autorité: «Je ferai tout ce que le médecin me dira de faire.»

Pour répondre à votre question, je crains que tout ce débat donne l'impression, ou risque de donner l'impression, que rien ne peut être fait dans ce domaine, qu'il n'y a pas d'autres solutions. À partir du moment où nous développons des soins palliatifs dans tout le pays, il y a là un recours important qui est susceptible de répondre à un certain nombre d'interrogations que l'on entend aujourd'hui et d'apaiser les craintes qu'ont les gens.

Je dis «dans tout le pays», sénateurs, parce que nos enfants vivent dans des régions différentes du Canada. À partir du moment où nous pourrions prendre le téléphone et accéder à tous ces services, la vie en sera énormément simplifiée pour tout le monde. S'il vous faut constamment passer par les établissements

[Texte]

Consumer choice becomes a very important issue in this whole dialogue.

Senator Lavoie-Roux: Perhaps I missed this in your brief or in your presentation, but how is the hospice association in Windsor coordinating itself with medical and nursing help? You talked a lot about volunteers, and I know they are a very important component. You mentioned a bit about pain at the beginning. How do you coordinate your actions with the medical or paramedical professions?

Ms Davidson: In Windsor, there is a team of nurses. They have a weekly meeting with oncologists. There are relationships with family physicians. The structure is basically with the Ontario Cancer Foundation. That is one of the main linkages that the hospice of Windsor has.

It seems that in the locations where there are cancer centres, there is a structure there. There is a linkage there that is excellent. Some of the communities that do not have that have a few more problems, and I think that we see that in our hospice organizations.

Ms Balfour: If I could just add to what Duffy has said, we do find that it varies across the province depending on the resources in a particular centre.

There is something I want to clarify. Something we often hear from professionals or others who are not aware of how hospice works is the question of how a hospice program can provide care to someone when there is no physician on staff. I think there is a misunderstanding in that case of how hospice works.

Most of our hospice programs do not have physicians on staff, but they coordinate their care with a visiting-nurses agency, a home-making agency, and the local GP, if that is the only physician who is available. All the members of the team who are necessary to care for someone are coordinated and collaborated. They may not be in a staff position of the hospice, but they are certainly a part of that care team that comes together to support someone.

Senator Lavoie-Roux: You have talked a lot about your relationship with cancer centres. What about other types of cases, whether they be AIDS patients or Lou Gehrig's — all the chronic terminal illnesses? Do you look after them as well?

Ms Balfour: Absolutely. That is a very good question. I talk about cancer, because 85 per cent of our caseload at this point is comprised of people living with cancer. However, most of our hospices will treat people regardless of diagnosis. Hospices will take people living with AIDS, people living with ALS, and a variety of neurological and heart diagnoses. I do work very closely, actually, with a number of AIDS organizations. We

[Translation]

hospitaliers, ce sera très difficile. La possibilité de choix offerte au consommateur est l'un des grands enjeux dans ce débat.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est une chose qui m'a éventuellement échappée en lisant votre mémoire ou en écoutant votre exposé, mais j'aimerais savoir comment votre association d'hospices à Windsor coordonne ses activités avec les services médicaux et les services infirmiers? Vous avez beaucoup parlé des bénévoles, et je sais qu'il s'agit là d'un élément très important. Vous avez évoqué la question de la douleur au début. Comment coordonnez-vous votre action avec celles des professions médicales ou paramédicales?

M^{me} Davidson: À Windsor, il y a une équipe de personnel infirmier. Des rencontres sont par ailleurs organisées toutes les semaines avec des oncologistes. On entretient des liens avec les médecins de famille. La structure est axée à la base sur celle de la *Fondation ontarienne du cancer*. C'est l'un des principaux liens de coordination qu'a l'hospice de Windsor.

Il m'apparaît que là où il y a des centres anticancéreux, il y a une structure. La coordination y est alors excellente. Dans certaines localités qui ne possèdent pas de centre, la difficulté est un peu plus grande et je crois que nous le constatons au sein de nos organisations servant d'hospice.

M^{me} Balfour: Je pourrais rajouter à ce que vient de dire Duffy que nous constatons effectivement qu'il y a des variations dans la province en fonction des ressources des différents centres.

C'est quelque chose que je tiens à éclaircir. Nous entendons souvent des professionnels ou d'autres intervenants qui connaissent mal le fonctionnement des hospices s'interroger sur la possibilité pour un programme d'hospice de dispenser des soins à quelqu'un lorsqu'il n'y a pas de médecin parmi le personnel. Je crois qu'il y a là un malentendu au sujet de la façon de fonctionner des hospices.

La plupart de nos programmes d'hospice ne comptent pas de médecins parmi leur personnel, mais ils coordonnent leurs activités de soins avec un organisme d'infirmières visiteuses, un service d'aides ménagères ainsi qu'un médecin généraliste, si c'est le seul médecin disponible. Tous les membres de l'équipe dont l'intervention est nécessaire pour prendre soin d'une personne donnée collaborent et coordonnent leur travail. Il ne font peut-être pas partie du personnel rémunéré de l'hospice, mais ils n'en sont pas moins des membres à part entière de l'équipe de soins.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous nous avez beaucoup parlé de vos relations avec les centres anticancéreux. Et pour ce qui est des autres maladies, qu'il s'agisse des sidéens ou des personnes atteintes de la maladie de Lou Gehrig — toutes les autres maladies chroniques en phase terminale? Vous occupez-vous aussi de ces patients?

M^{me} Balfour: Certainement. C'est une très bonne question. Je parle du cancer, parce que 85 p. 100 des dossiers dont nous nous occupons au moment où je vous parle sont ceux des cancéreux. Il n'en reste pas moins que la plupart de nos hospices traitent les gens quel que soit le diagnostic effectué. Ils traitent les sidéens, les malades atteints du SLA et différents cas d'affections neurologiques et de maladies du cœur. En fait, je travaille très

[Text]

touch base regularly with the people from the ALS association. We are in regular contact with the other groups as well.

Senator Lavoie-Roux: Thank you very much:

Senator Corbin: I very much enjoyed this presentation. I think palliative care, though it is not mentioned in the mandate of our committee per se, is fundamental to any consideration on euthanasia.

I read your brief as variations on a theme. You consistently come back to the very real possibilities and the unexplored possibilities of palliative care. The message I read between the lines is that before considering any form or shape of euthanasia or assisted suicide, an in-depth examination and recommendations should be made on the full extent of possibilities to improve and extend palliative care throughout Canada and educating people to its real potential.

Indeed, by taking a quantum leap and going directly to euthanasia and assisted suicide, this committee may not be doing proper justice to the potential involved in full palliative care services extended throughout Canada at minimal cost. That is the principal theme I want to retain from your discussion paper and your comments.

Ms Davidson: I think that is very correct.

Senator Corbin: I gather that you are not in favour of any form of euthanasia.

Ms Davidson: I would like to expand on what you were saying. If you take a look at the medical schools, what is their budget? How much training do they give primary care physicians in pain management? How much money is spent in institutions and on buildings?

I have sat on hospital boards. I have reviewed budgets. Tremendous power goes into the building committee of hospitals and into the financial committees of hospitals, but trying to get programs that are not "sexy" is very difficult. We have established wonderful training grounds for high tech; we have to do more with "high touch". That is basically something I would like you to take a look at as a committee.

Who is teaching people? What are the hospital budgets? Why are the budgets so low in palliative care? Who are the people making these decisions? That is my answer to you.

We need to do more, because we have not done it. I could answer your question if I knew that a lot had been done in the area of pain management and control, but I do not see it happening. I find that very unusual, because it seems to me that, economically, palliative care has been shown to be somewhat less expensive. There is an expense to it, of course, but it is somewhat less

[Traduction]

étroitement en collaboration avec un certain nombre d'organisations de lutte contre le sida. Nous nous concertons régulièrement avec les responsables de l'association du SLA. Nous avons aussi régulièrement des contacts avec d'autres groupes.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci beaucoup.

Le sénateur Corbin: J'ai particulièrement apprécié votre exposé. Je considère que les soins palliatifs, même si cette expression ne figure pas expressément dans le mandat de votre comité en tant que tel, revêtent une importance fondamentale dès que l'on se penche sur la question de l'euthanasie.

J'ai lu votre mémoire, qui revient constamment sur le même sujet. Vous évoquez systématiquement les possibilités bien réelles et celles qui sont encore inexplorées qu'offrent les soins palliatifs. Le message que je peux lire entre les lignes, c'est qu'avant d'envisager une forme quelconque d'euthanasie ou de suicide assisté, il convient d'approfondir la question et de recommander tous les moyens susceptibles de nous permettre d'améliorer et d'étendre les soins palliatifs dans tout le Canada et de sensibiliser les gens au potentiel véritable qu'ils offrent.

Il est possible d'ailleurs qu'en sautant une étape et en passant directement à l'euthanasie et au suicide assisté, notre comité ne rende pas justice comme il se doit au véritable potentiel qu'offrent des services de soins palliatifs exhaustifs étendus à tout le Canada à un coût minime. C'est le leitmotiv que je retiens de votre document de discussion et de vos commentaires.

Mme Davidson: Je crois que c'est tout à fait exact.

Le sénateur Corbin: J'en déduis que vous n'êtes favorable à aucune forme d'euthanasie.

Mme Davidson: J'aimerais élaborer un peu à partir de ce que vous venez de dire. Prenons par exemple le cas des écoles médicales, quel est leur budget? Quelle est la formation qu'elles dispensent aux médecins situés en première ligne en matière de contrôle de la douleur? Quelle quantité d'argent est investie dans les établissements et dans les bâtiments?

J'ai déjà siégé au sein des conseils d'administration des hôpitaux. J'ai passé en revue des budgets. Les comités qui s'occupent des bâtiments hospitaliers ainsi que les comités financiers des hôpitaux possèdent un pouvoir considérable, mais il est bien difficile d'obtenir la création de programmes qui ne sont pas «prestigieux». Nous nous sommes dotés d'excellents centres de formation pour la haute technologie; nous avons du retard pour ce qui est des besoins humanitaires. C'est là essentiellement ce que j'aimerais que votre comité examine.

Qui enseigne aux gens? Quels sont les budgets des hôpitaux? Pourquoi les budgets sont-ils si faibles dans le domaine des soins palliatifs? Qui sont les gens qui prennent ces décisions? Voilà les questions que je vous pose.

Il nous faut en faire davantage, parce que nous n'en avons pas assez fait. Je pourrais répondre à votre question si je savais que l'on a suffisamment fait de choses dans le domaine de la lutte contre la douleur et de son contrôle, mais je ne vois rien arriver. Je trouve ça étrange parce qu'il me semble qu'il est démontré sur le plan financier que les soins palliatifs coûtent dans une certaine

[Texte]

expensive. Economics is not driving the change. I am not sure what is driving the change, but I think it might be the consumer.

I think that hard questions need to be asked of the medical community on how they are making their decisions, about some of the reports that are coming out on the types of medical procedures that are questionable, and the amount of moneys that are being spent. I think we have to take a look at this.

Again, I come back to leadership. Again, I come back to the fact that we have made a major shift in our community in how we are dealing with our health care system. I have a funny feeling that that is why you people are sitting here.

Senator Corbin: What about my last question? Are you in favour of euthanasia or not? In any way, shape, or form?

Ms Davidson: Tangentially, yes.

Senator Corbin: What do you mean by that?

Ms Davidson: This is a very personal answer. When pain management is given, I know there have been questions with nurses when they say, "Well, did I give the last shot? Did I do that?" I cannot answer whether that in fact shortened the life or not. The literature and people you have talked to suggest that it might shorten the life of a person, but do we really know?

Senator Corbin: That is in the context of pain management.

Ms Davidson: Yes.

Senator Corbin: Thank you.

Senator DeWare: I also enjoyed your presentation today. Thank you very much for coming before the committee.

Would you give us a definitional difference between "hospice" and "palliative"?

Ms Balfour: That is also a very good question. We are often asked that. At the association, we use the terms "hospice" and "palliative care" interchangeably.

I know that many individuals in the medical profession often look at palliative care as the care that is provided in an institution, and hospice is the care provided by volunteers. I also hear people who assume that hospice means it is care delivered in a free-standing hospice facility and palliative care is anything not delivered in a free-standing building.

[Translation]

mesure moins cher. Ils coûtent de l'argent, bien sûr, mais c'est relativement moindre. Ce n'est pas l'aspect financier qui est le moteur du changement. Je ne sais pas exactement quel est le moteur du changement, mais je crois que ce pourrait bien être le consommateur.

Je crois qu'il ne faut pas hésiter à interroger les milieux médicaux en ce qui a trait à la façon dont ils prennent leurs décisions, à certains rapports qui sont publiés au sujet de différents types de procédures médicales contestables, et aux montants d'argent qui sont dépensés. Je crois qu'il nous faut nous pencher sur la question.

Une fois de plus, j'en reviens au rôle de chef de file. J'en reviens au fait qu'il nous faut procéder à une véritable remise en question au sein de la collectivité en ce qui a trait à la façon dont nous abordons les soins de santé. J'ai étrangement l'impression que c'est la raison pour laquelle vous siégez ici aujourd'hui.

Le sénateur Corbin: Et pour ce qui est de ma dernière question? Êtes-vous, oui ou non, en faveur de l'euthanasie, sous quelque forme que ce soit?

M^{me} Davidson: À la limite, oui.

Le sénateur Corbin: Qu'entendez-vous par là?

M^{me} Davidson: C'est une réponse très personnelle. Lorsqu'on cherche à contrôler la douleur, j'ai déjà entendu des infirmières se poser la question suivante: «Finalement, est-ce que je lui ai donné la dernière piqûre qui l'a achevé? Est-ce que j'ai vraiment fait ça?». Je ne peux pas répondre à ce genre de question et dire si l'on a en fait raccourci la vie du malade. Les textes médicaux et les gens à qui nous parlons nous permettent de supposer que l'on a pu éventuellement abrégé la vie de ce malade, mais qu'en savons-nous finalement?

Le sénateur Corbin: C'est dans le cadre du contrôle de la douleur.

M^{me} Davidson: Oui.

Le sénateur Corbin: Je vous remercie.

Le sénateur DeWare: J'ai bien apprécié votre exposé aujourd'hui. Merci beaucoup d'être venue comparaître devant notre comité.

Pouvez-vous nous indiquer la différence qu'il y a entre les termes d'«hospice» et de «soins palliatifs», au niveau des définitions?

M^{me} Balfour: Il s'agit là aussi d'une excellente question. On me le demande souvent. Au sein de notre association, nous utilisons de manière interchangeable les termes d'«hospice» et de «soins palliatifs».

Je sais que nombre de membres de la profession médicale considèrent les soins palliatifs comment étant ceux qui sont dispensés au sein d'un établissement et les soins en hospice comme étant ceux qui sont dispensés par les bénévoles. J'entends aussi des gens partir du principe que l'hospice dispense des soins à partir d'un établissement autonome et que les soins palliatifs ne sont pas dispensés dans ce genre d'établissement.

[Text]

We use the terms interchangeably. Many of our hospice programs have called themselves hospice; many of our hospice programs have called themselves palliative care.

We are very conscious of the word "hospice" and its implications in the French language, and therefore, when we are speaking to our francophone comrades, we say "palliative care", but meaning the same thing. It is the philosophy of care and caring for someone with a terminal illness and their family, which includes the aspects of the interdisciplinary team and the encompassing of the holistic form of care right through to bereavement.

Senator DeWare: I wonder what kind of recommendation we will be able to make to our federal colleagues to suggest to them that money has to be redirected to look after palliative care, hospice care, across this country. Will a time come when people like yourselves will have to make your presentations to the hospital boards? They decide where their budgets go. We all know that their budgets have been cut and that they are all having difficult times. But if they are actually the decision-makers in this country, controlling the budgets in provinces individually, is that where you will have to go to get your point across? Do you have to make the boards understand how you can actually help them in their budget process, if they will be receptive to your needs, or the needs of this country as we have been hearing them over this last month or so?

Ms Balfour: I would like to respond to that by building on a comment which Duffy made a few moments ago, that being that it is interesting that economics does not seem to be driving this change. In Ontario we have seen 60 volunteer groups spring up from communities, and many more coming along, initially with no government funding. It certainly was not a funding issue. They recognized a need for care for people with a terminal illness.

We are all going to die at some point, and I think that is what ties this all together. We may not all have a terminal illness, but certainly someone we know is going to have one. We are all going to be affected by that.

In my role I spend a lot of time talking to hospice groups across the province. These people are committed to making changes so that in the future people with terminal illnesses will not have to go through what they have seen a loved one go through. Duffy is a very good example of that. There are people involved with hospices right across the province who have very similar stories to tell.

I think that what will drive this is consumer choice. People are asking for this kind of care. If you ask people on the street, as we do, whether they would prefer to die at home or in the hospital,

[Traduction]

Nous employons ces termes indifféremment. Nombre de nos programmes d'hospice emploient le terme d'hospice dans leur appellation alors que bien d'autres se qualifient de programmes de soins palliatifs.

Nous faisons très attention aux connotations du terme «hospice» et à ce qu'elles impliquent en français et, par conséquent, lorsque nous traitons avec nos homologues francophones, nous parlons de «soins palliatifs», mais cela revient au même. C'est une philosophie des soins qui revient à s'occuper d'un malade en phase terminale et de sa famille, et qui fait intervenir une équipe pluridisciplinaire en intégrant l'ensemble des soins jusqu'au deuil.

Le sénateur DeWare: Je me demande quel type de recommandation il nous faudrait faire à nos collègues du gouvernement fédéral pour les convaincre de réaffecter des crédits aux soins palliatifs, aux soins en hospice, à l'échelle de notre pays. Faudra-t-il à un moment donné que des gens comme vous présentent des demandes devant les conseils d'administration des hôpitaux? Ce sont eux qui décident de l'affectation de leur budget. Nous savons tous que ces budgets ont subi des compressions et que les hôpitaux sont dans une passe difficile. Toutfois, à partir du moment où ce sont eux qui prennent les décisions dans notre pays, qui contrôlent les budgets des différentes provinces, n'est-ce pas là qu'il va vous falloir vous faire entendre? Arriverez-vous à faire comprendre à ces conseils d'administration que vous pouvez en fait les aider à mieux gérer leur budget, s'ils tiennent compte de vos besoins, ou des besoins de notre pays tels qu'on nous les expose depuis un mois à peu près?

M^{me} Balfour: Je vous répondrais en reprenant ce que vous a dit Duffy tout à l'heure, soit en l'occurrence qu'il est intéressant de constater que l'aspect financier ne semble pas être le moteur de ce changement. En Ontario, nous avons vu 60 groupes de bénévoles pousser comme des champignons au sein des différentes collectivités, et il y en a bien d'autres qui sont en projet, alors qu'ils ne disposaient au départ d'aucun crédit gouvernemental. Ce n'était certainement pas une question de financement. Il s'agissait de répondre à un besoin de soins s'adressant aux malades en phase terminale.

Nous allons tous mourir à un moment donné, et je crois que c'est ce qui nous rapproche tous. Nous ne mourons peut-être pas tous d'une maladie ayant atteint la phase terminale, mais il est certain que nous connaissons tous une personne ayant passé par là. Nous allons tous être affecté par cette situation.

De par mes fonctions, j'ai passé beaucoup de temps à parler à des groupements hospitaliers dans toute la province. Ces gens sont disposés à procéder à des changements pour qu'à l'avenir les malades en phase terminale n'aient plus à passer par ce qu'ils ont vu subir eux-mêmes à un être cher. Duffy en est un excellent exemple. Il y a aujourd'hui des gens impliqués dans le fonctionnement des hospices dans toute la province qui ont des histoires très semblables à raconter.

Je crois que c'est le choix des consommateurs qui va être déterminant. Les gens demandent ce genre de soins. Si vous faites comme nous et si vous demandez aux gens dans la rue s'ils

[Texte]

most people will say, "I would like to die at home with my loved ones and in my familiar surroundings." That is what will sell this idea.

Senator DeWare: Marilynne Seguin's book shows us several different case loads on which she has been called in to help, in all different walks of life, including a 13-year-old child. The other thing that has come across loudly and clearly to me from anything I have read on palliative care is that we have to listen to what the patient wants.

Senator Beaudoin: You say in your brief that by choice you do not have an official stand on euthanasia, and you put the accent on palliative care. Obviously, palliative care is a very good thing. We all agree on this.

In your opinion is palliative care the answer in 90 per cent of the cases, most of cases? Do you have any idea from your own practice?

Ms Balfour: I can respond to that from information that we have been given by our professional medical colleagues. I have heard that between 90 and 95 per cent of pain can be adequately controlled. We are primarily the volunteer component so we do not have any more knowledge on that than our professional colleagues would have.

Senator Beaudoin: You expressed a personal opinion a moment ago in response to the question of my colleague Senator Corbin. You said that there may be a case where palliative care is not the answer and in which case, if I understood your reply correctly, you are not necessarily against euthanasia. Is that what you said?

Ms Davidson: I think that my decision should be secondary to that of other people. It is a very personal thing. I struggle with this. The language of extreme in euthanasia and assisted suicide troubles me. I do not want to be drawn into an either/or, black or white issue. We need more dialogue in the centre. Physicians are saying that pain can be controlled in a very high percentage of the situations, but people do not understand that. That is very important information to disseminate in a pluralistic society in order that individuals can make their own decisions.

I know of a young man in Windsor who is just turning 26. He has a brain tumour. He will not live much longer. That young man is out raising money. He held a garage sale the other day. The executive director said, "I do not know where some people get their strength."

Sometimes people have inner strength that they do not know exists. I have seen that in my own family. My mother wanted very much to live when she was diagnosed. My father did not really want to live. It was very hard to watch someone not wanting to be part of a community any more.

[Translation]

préféreraient mourir chez eux ou à l'hôpital, la plupart vont vous répondre: «J'aimerais mourir chez moi auprès des êtres qui me sont chers et entouré de ma famille.» C'est pour cette raison que l'idée plaît.

Le sénateur DeWare: Dans son ouvrage, Marilynne Seguin nous fait part de plusieurs dossiers dans lesquels elle est intervenue pour apporter son aide, à des titres divers, y compris dans le cas d'un enfant de 13 ans. Une autre chose qui me saute aux yeux dans tout ce que j'ai pu lire au sujet des soins palliatifs, c'est qu'il nous faut être à l'écoute des besoins du malade.

Le sénateur Beaudoin: Vous nous dites dans votre mémoire que vous avez choisi de n'avoir aucune opinion officielle sur l'euthanasie, et vous mettez l'accent sur les soins palliatifs. Il est évident que les soins palliatifs sont une très bonne chose. Nous en convenons tous.

À votre avis, est-ce que les soins palliatifs sont la bonne réponse dans 90 p. 100 des cas, dans la plupart des cas? En avez-vous une idée d'après votre expérience professionnelle?

M^{me} Balfour: Je peux vous répondre en tablant sur les informations qui nous ont été fournies par nos collègues des professions médicales. J'ai entendu dire qu'entre 90 et 95 p. 100 de la douleur peut être contrôlée dans de bonnes conditions. Nous faisons avant tout partie du groupe des bénévoles et nous connaissons donc moins la question que nos collègues professionnels.

Le sénateur Beaudoin: Vous avez exprimé une opinion personnelle tout à l'heure en réponse à une question qui vous était posée par mon collègue, le sénateur Corbin. Vous nous avez dit qu'il peut arriver que les soins palliatifs ne soient pas la bonne réponse et, si je vous ai bien comprise, vous ne seriez pas nécessairement dans ce cas contre l'euthanasie. C'est bien ce que vous nous avez dit?

M^{me} Davidson: Je considère que mon avis est secondaire par rapport à celui d'autres personnes. C'est une opinion très personnelle. C'est une question qui me déchire personnellement. Ce discours extrémiste en matière d'euthanasie et de suicide assisté me dérange. Je ne veux pas être prise dans le dilemme du tout ou rien, où tout est blanc ou noir. Il nous faut dialoguer davantage au centre. Les médecins nous disent que la douleur peut être contrôlée dans la très grande majorité des cas, mais les gens ne le comprennent pas. Il s'agit là d'une information très importante qu'il convient de diffuser dans une société pluraliste pour que les individus puissent prendre leur propre décision.

Je connais un jeune homme de Windsor qui vient juste d'avoir 26 ans. Il a une tumeur au cerveau. Il n'en a plus pour longtemps à vivre. Ce jeune homme fait une campagne de collecte de fonds. Il a organisé une vente de garage l'autre jour. Le directeur général m'a dit: «Je ne sais pas où certaines personnes vont puiser toutes leurs forces.»

Les gens ont parfois une force interne dont ils ne connaissent pas l'existence. Je l'ai vu dans ma propre famille. Ma mère avait une grande volonté de vivre lorsque son cancer a été diagnostiqué. Mon père n'avait plus vraiment la volonté de vivre. C'est très dur de voir quelqu'un qui n'a plus le désir de rester en vie.

[Text]

We have such extremes. That should be a very personal thing.

Senator Beaudoin: I may very well understand your response. There is, of course, the question of suffering, but, if you give an injection to a person who is suffering, that is not euthanasia at all because the first objective is to remove the pain, and this is obviously quite adequate.

We had that debate before, whether, in some extreme cases, in order to get rid of the pain a person may indirectly end the life of another person; but that is not euthanasia.

Ms Davidson: I come back to the issue of the resources in the country. Where are the centres of excellence for pain management? Where are we putting our money? Can we get more with the drugs we have? Where are the clinical trials? I cannot answer that question. There might be physicians who have that knowledge. I do not.

I am asking this committee to take a look at where our resources have been going in the past and to look at the needs in the community now. We have put men on the moon. Surely we can do something about this. It does not add up.

Senator Beaudoin: I like that sentence. If we have sent a man to the moon, why are we not able to remove the pain?

There is, of course, the question of administration of health. As we know, we have a division of powers on this in this country. The responsibility is primarily provincial, but there is a division of this which falls under federal authority. For example, drugs and the Criminal Code, but that is another story. Perhaps we may use our spending power at the federal authority in order to help the provinces that have less money to devote to palliative care. We strongly agree that palliative care is one of the most obvious answers.

Ms Davidson: We have a Canadian system. We all love very dearly this health care system of ours. It came from Canada. It was an incredible time to put that package together. Senator Martin, Judy LaMarsh, and those people who spent years and years and devoted an endless amount of hours to attempting to get a Health Care Act in Canada were saints.

All I am saying is that we did it then. There has to be some leadership on this issue. It is something that is growing. We are seeing it from the grass roots. We are seeing it in our communities. People are paying for this, the government is not paying for this. We are raising funds in the community, and that has to tell us that people are willing to spend their money. People say it is very difficult to raise funds; it is. However, with 60 members coming onside very quickly it is something that is growing and I would urge you look at it.

[Traduction]

Il y a des cas tellement extrêmes. C'est une chose qui doit rester très personnelle.

Le sénateur Beaudoin: Je peux très bien comprendre votre réponse. Il y a, bien entendu, la question de la souffrance, mais à partir du moment où l'on fait une piqûre à une personne qui souffre, ce n'est absolument pas de l'euthanasie puisque l'objectif est d'abord de faire cesser la douleur, et dans ce cas c'est évidemment tout à fait approprié.

Nous avons déjà débattu du fait que dans certains cas extrêmes, pour alléger en fait la douleur, une personne peut mettre indirectement fin à la vie d'autrui; mais il ne s'agit pas dans ce cas d'euthanasie.

M^{me} Davidson: J'en reviens à la question des ressources disponibles dans le pays. Quels sont les centres de compétence pour lutter contre la douleur? À quoi consacrons-nous notre argent? Pourrions-nous faire mieux avec les médicaments que nous possédons? Où sont les essais cliniques? Je ne peux pas répondre à cette question. Ce sont les médecins qui peuvent connaître ce genre de chose. Ce n'est pas mon cas.

Ce que je demande à votre comité, c'est de chercher à voir où les ressources ont été affectées par le passé et quels sont les besoins de la collectivité à l'heure actuelle. Nous avons réussi à envoyer des hommes dans la lune. Nous pouvons certainement faire quelque chose dans le cas qui nous occupe. Il y a quelque chose qui cloche.

Le sénateur Beaudoin: J'aime cette phrase. Si nous avons réussi à envoyer un homme dans la lune, comment se fait-il que nous ne pouvons pas écarter la douleur?

Il y a, bien entendu, la question de l'administration de la santé. Nous le savons, les compétences sont divisées dans notre pays dans ce domaine. Elles sont avant tout provinciales, mais il y en a certaines qui relèvent du gouvernement fédéral. C'est le cas, par exemple, des drogues et du Code criminel, mais ceci est une autre histoire. Il faudrait peut-être que le gouvernement fédéral se serve de son pouvoir de dépenser pour aider les provinces moins nanties à affecter des fonds aux soins palliatifs. Nous sommes fermement convaincus nous aussi que les soins palliatifs constituent l'une des meilleures réponses.

M^{me} Davidson: Nous avons un réseau à l'échelle canadienne. Nous sommes tous très attachés à notre réseau de soins de santé. C'est le Canada qui a ouvert la voie. C'est incroyable d'avoir pu mettre sur pied ce système à une telle époque. Le sénateur Martin, Judy LaMarsh et tous ces gens qui ont passé des années et qui ont consacré d'innombrables heures à chercher à faire adopter la *Loi canadienne sur la santé* étaient des saints.

Tout ce que je dis, c'est que nous avons pu le réussir à l'époque. Il faut que l'on fasse preuve d'initiative dans ce domaine. C'est un mouvement qui prend de l'ampleur. Nous le voyons partir de la base. Nous le constatons dans nos collectivités. Ce sont les gens qui paient ce service et non pas les gouvernements. Nous recueillons des fonds au sein de la collectivité, ce qui doit nous indiquer que les gens sont prêts à y investir de l'argent. On nous dit qu'il est très difficile de recueillir des fonds; c'est effectivement le cas. Toutefois, lorsqu'on

[Texte]

Senator Keon: You have raised a number of very interesting points. I would agree with you that there is a tremendous lack of knowledge about death and dying from a scientific point of view. There is virtually nothing about it in the literature when it is researched. There should be a great deal more invested in research in that area.

You have raised a very interesting paradox: You commend the Canadian health care system, and yet you did not mention the province of Saskatchewan, which has more to do with it than any other province.

Senator Lavoie-Roux: The NDP.

Ms Davidson: Yes.

Senator Keon: You mentioned the Canadian health care system and then you talked about your own rapid growth, which has occurred, I believe, because you have been nonregulated. If you had been regulated through a single-tiered system, you probably would have been frustrated and unable to grow at the pace you have grown.

How do you see hospice care unfolding? I agree with you that this is the way of the future. It has been an unnatural occurrence in the last 40 or 50 years for most deaths to occur in institutions, and it has been against the evolution of humankind.

How do you see the process unfolding that would provide hospice care for the majority of people to die among their families? Do you see it funded purely by government? Do you see it privately funded? Do you see it funded through fund raising? Do you see a large volunteer component? Who will regulate its growth?

Ms Balfour: First, let me say that I have spent 28 years of my life in Saskatchewan. I love it dearly.

Your question is interesting, because we have had many discussions in this area. With some of the changes happening in the direction of long-term care in Ontario, the introduction of multi-service agencies will have a large impact on hospice services. We have talked about this in the field in terms of what that will mean to hospice programs and how we see ourselves fitting into that system in the future.

The Hospice of Windsor and many others across the province that have been around for some time are asking us to look at care issues. One of the problems is that people will telephone Hospice Kingston and find that the types of services that can be accessed through Hospice Kingston are different from those that can be accessed through Collingwood Community Hospice, or other hospices. We have struggled with that issue.

[Translation]

constate que nos 60 membres ont vu le jour très rapidement, c'est un mouvement qui prend de l'ampleur et je vous invite instamment à en tenir compte.

Le sénateur Keon: Vous avez soulevé un certain nombre de points très intéressants. Je suis d'accord avec vous pour dire que l'on manque terriblement de connaissances scientifiques au sujet de la mort et de l'agonie. On ne trouve pratiquement rien à ce sujet dans la documentation que l'on peut consulter. Il faudrait investir bien davantage dans la recherche à ce sujet.

Vous avez soulevé un paradoxe très intéressant : vous faites l'éloge du réseau canadien de la santé, et pourtant vous n'avez pas mentionné la province de la Saskatchewan, dont le rôle a été fondamental, plus que celui de toute autre province.

Le sénateur Lavoie-Roux: Le NPD.

M^{me} Davidson: Oui.

Le sénateur Keon: Vous avez évoqué le Réseau canadien de la santé et parlé ensuite de votre croissance rapide, qui a eu lieu, à mon avis, parce que vous n'étiez pas réglementés. Si vous aviez été réglementés à l'intérieur d'un réseau unique, vous auriez été probablement contrés dans vos efforts sans pouvoir progresser au rythme qui a été le vôtre.

Comment entrevoyez-vous l'évolution des soins en hospice? Je suis d'accord avec vous pour dire que c'est la solution de l'avenir. Ces 40 ou 50 dernières années, il y a eu un pourcentage anormal de décès qui se sont produits au sein des établissements hospitaliers, ce qui va à l'encontre de l'évolution de l'humanité.

Quelle va être selon vous l'évolution des soins en hospice de façon à ce que la majorité des gens puissent mourir entourés de leur famille? Est-ce qu'il faudra selon vous que ces soins soient exclusivement financés par le gouvernement? Doit-il y avoir un financement privé? Est-ce qu'il va falloir lever des fonds? Envisagez-vous une forte participation des bénévoles? Qui va réglementer la croissance du secteur?

M^{me} Balfour: Je tiens à vous dire tout d'abord que j'ai passé 28 ans de ma vie en Saskatchewan. J'y suis très attachée.

Votre question est intéressante, parce que nous avons eu de nombreuses discussions dans ce domaine. Étant donné un certain nombre de changements qui se sont produits dans l'orientation des soins à long terme en Ontario, la mise en place d'organismes à services multiples aura d'importantes répercussions sur les services en hospice. Nous avons abordé la question entre nous en cherchant à savoir quelles seront les conséquences pour les programmes d'hospice et quel pourrait être notre rôle à l'intérieur de ce système à l'avenir.

L'Hospice de Windsor et de nombreux autres hospices qui existent depuis un certain temps dans la province nous demandent de nous pencher sur la question des soins. L'une des difficultés, c'est qu'il y a des gens qui téléphonent à l'Hospice de Kingston et s'aperçoivent que les différentes catégories de services qu'ils peuvent y trouver ne sont pas les mêmes que celles que dispense l'Hospice communautaire de Collingwood ou encore d'autres hospices. Nous sommes aux prises avec ce problème.

[Text]

One of the strengths of hospice programs is their flexibility. They have been able to develop and work in structures based on what is available in their communities. That is a real strength. There is also a need for a certain amount of standardization of services across the province so that people will know what they can expect from a hospice program. We receive calls from our member hospices for information. As a provincial association there is a role for us to play in that area.

Over the last two years we have been developing a document entitled "Principles of Care" which will help our member hospices in continuous quality improvement of the types of services that they are providing, so there is certainly a need for that.

Something that demonstrates to us that there is a need for that, not only provincially but across the country, is a recent resource that we developed, a manual and video package to help community groups across the country develop hospice programs for people living with AIDS. It sold out in a month and we are looking at a reprint. There is definitely a need for this across the country.

In terms of funding, what is beginning to happen in Ontario is very much the way to go; in other words, a certain amount of government funding is necessary. It is very tough to raise enough funds to provide the services we do. A certain amount of government funding to provide stability to the programs is extremely necessary.

We hear from all our hospices that there is still a need for money and volunteers from the community-based structure for the hospice program. There needs to be a mix of some government funding and funding from other sources.

Ms Davidson: Senator, when one looks at hospital budgets oftentimes it can be seen that when hospitals wish to raise money for equipment they go to the community to raise that money. There is a parallel here. We are talking about raising moneys for programs. Hospitals raise money for equipment and buildings; that is private money working with public money. I do not see it as a problem. We are just a "different animal" right now and it is unusual.

I know everybody has been tapped for money for CAT scans and other services. It was a very hard thing to sell when we started attempting to sell hospices. People thought we wanted to sell spices. We had to do a tremendous amount of public education.

To answer your question, I think it should be both. If the money is taken away from the community a tremendous amount is lost. Often families that have been touched by the use of hospice services want to give something back. They may not be

[Traduction]

L'un des points forts de nos programmes d'hospice, c'est leur souplesse. Ils ont réussi à créer et à faire fonctionner des structures s'appuyant sur ce qui existe dans la collectivité. C'est un avantage considérable. Il est par ailleurs nécessaire d'uniformiser davantage les services dans la province pour que les gens puissent savoir ce qu'ils peuvent attendre d'un programme d'hospice. Nous avons reçu des demandes d'information par téléphone des hospices qui sont membres de notre association. En tant qu'association provinciale, nous avons un rôle à jouer dans ce domaine.

Au cours des deux dernières années, nous avons élaboré un document intitulé «Principes de soins», qui va aider les hospices qui sont nos membres à continuer à améliorer la qualité des divers services que nous dispensons, de sorte qu'il y a certainement un besoin dans ce secteur.

Ce besoin existe, tant au niveau provincial qu'à l'échelle du pays, et cela est bien illustré par une documentation que nous avons mise au point récemment, un manuel et une présentation vidéo visant à aider les groupements communautaires de tout le pays à se doter d'un programme d'hospice pour les sidéens. Tout a été vendu en un mois et une réimpression est prévue. Il y a assurément un besoin dans ce domaine dans tout le pays.

Sur le plan du financement, ce que l'on voit apparaître en Ontario, c'est essentiellement ce qu'il faut faire; autrement dit, il est indispensable de pouvoir compter sur un certain montant de crédits gouvernementaux. Il est très difficile de recueillir suffisamment de fonds pour dispenser les services que nous offrons. Un certain montant de crédits du gouvernement offrant une certaine stabilité aux programmes est tout à fait nécessaire.

Tous nos hospices nous disent que les programmes des hospices ont encore besoin d'argent et de bénévoles à l'échelle de la collectivité. Il faut pouvoir disposer à la fois de crédits gouvernementaux et d'un financement en provenance d'autres sources.

M^{me} Davidson: Sénateur, on s'aperçoit souvent, quand on se penche sur les budgets des hôpitaux, que lorsque les hôpitaux ont besoin d'acheter du matériel, ils s'adressent à la collectivité pour trouver des fonds. Nous pouvons faire ici un parallèle. Nous parlons de recueillir des fonds pour les besoins des programmes. Les hôpitaux font des collectes de fonds pour le matériel et les bâtiments; on associe ainsi l'argent en provenance du privé aux crédits publics. Je ne vois pas où est le problème. C'est simplement qu'à l'heure actuelle notre situation est inhabituelle et nous sommes en quelque sorte une «bête curieuse».

Je sais que tout le monde a été sollicité lorsqu'il s'est agi de trouver de l'argent pour installer des appareils de tacographie et d'autres services. Il a été très difficile d'en faire de même lorsque nous avons cherché à promouvoir l'installation d'hospices. Il y a des gens qui pensaient que nous voulions vendre des épices. Il a fallu faire un gros effort pour sensibiliser le public.

Pour répondre à votre question, je crois qu'il faut faire les deux. Si l'on se passe de l'argent de la collectivité, on perd des sommes énormes. Souvent, les familles qui ont été sensibles aux services que leur ont dispensés les hospices veulent rendre quelque chose

[Texte]

able to handle dealing with patient care issues, but raising money is a way that they can help. Therefore, it brings the community grass roots people back in.

Senator Keon: I would love to talk to you at length about the whole issue. You have uncovered some very interesting philosophical questions. In fact you are talking about a two-tiered system which works better than a one-tiered system, because you have the freedom and can step out from under the regulation of government.

Ms Davidson: However, freedom is also a licence. We have seen that over many years hospitals have, willy-nilly, done very little planning, other than to develop institutions and buildings. Whereas now, when there is not a lot of money, there is a willingness to talk about planning. In Windsor we had five hospitals and are going down to two. We are merging four boards of directors. We are planning major renovations to community-based programs. Why is this happening? It is happening because economics is driving it.

The drive is on to build higher-tech empires — and we are building empires in many cases. Planning around programs has to be a priority in all communities, be they programs for cancer, AIDS or whatever.

Senator Keon: The reality of program budgeting is that the nation cannot afford it. If the system were to change tomorrow from institutional to program funding, there would not be enough money to fund all the programs from A to Z.

Ms Davidson: That is why the programs have to be evaluated.

Senator Keon: The problem is you would then be back to funding the middle of the programs, which is why governments have not been able to come to grips with that situation. They could not fund the front end and the back end of every program. For example, if the AIDS program were funded the way society wants it to be funded, for the number of people it is treating it would be horrendously expensive, would it not? The only way of controlling costs that governments know about now — and I am not endorsing it — is through institutional crunching.

It would be a very simple matter to lay out the epidemiology of cancer, for example, and to construct program funding for cancer on a national basis. But it would be horrendously expensive. I do not think that will happen.

Nonetheless, I think the palliative care programs are truly commendable and should be supported and endorsed. I also think that the integration of volunteers in a program such as your

[Translation]

en retour. Elles ne pourront peut-être pas s'occuper des soins donnés aux malades, mais elles peuvent contribuer en collectant de l'argent. C'est donc un moyen de faire participer la base.

Le sénateur Keon: Ce serait un plaisir pour moi d'évoquer longuement avec vous toute cette question. Nous avons abordé un certain nombre de sujets philosophiques très intéressants. En fait, vous nous parlez d'un système à deux niveaux qui fonctionne mieux que le système unique parce qu'il offre une plus grande marge de manoeuvre et que l'on a la liberté de se passer de la réglementation du gouvernement.

M^{me} Davidson: Il arrive aussi toutefois que la liberté s'apparente à la licence. Nous avons vu au fil des années de nombreux hôpitaux, qu'ils le veuillent ou non, faire très peu de planification et se contenter de mettre sur pied des établissements et de construire des bâtiments. Aujourd'hui cependant, alors qu'on manque de crédits, les gens sont disposés à parler de planification. Nous avons cinq hôpitaux à Windsor, et nous n'en aurons plus que deux. Quatre conseils d'administration sont en train de fusionner. Nous prévoyons des rénovations importantes au sein des programmes implantés dans la collectivité. Qu'est-ce qui se passe? Ça se passe comme ça pour des raisons économiques.

La tendance consiste à bâtir des empires de haute technologie — et nous bâtissons des empires dans bien des cas. Il faut que la planification axée sur les programmes soit une priorité dans toutes les collectivités, qu'il s'agisse de programmes de lutte contre le cancer, contre le sida ou autre.

Le sénateur Keon: Dans les faits, le pays ne peut pas se payer les budgets de programmes. Si l'on changeait du jour au lendemain le système pour passer d'un financement des établissements à un financement des programmes, il n'y aurait pas suffisamment d'argent pour financer tous les programmes de A à Z.

M^{me} Davidson: C'est pourquoi il faut faire une évaluation de ces programmes.

Le sénateur Keon: L'inconvénient, c'est que l'on en reviendrait à financer uniquement le coeur des programmes, et c'est pourquoi les gouvernements n'ont pas réussi à prendre en main la situation. Ils ne sont pas en mesure de financer le début et la fin de chaque programme. Si, par exemple, on devait financer le programme de lutte contre le sida de la façon dont la société voudrait qu'il soit financé, étant donné le nombre de personnes à traiter, ce serait terriblement onéreux, n'est-ce pas? La seule façon de contrôler les coûts que connaissent les gouvernements à l'heure actuelle — ce qui ne veut pas dire que je suis d'accord avec ça — c'est en obligeant les établissements à se serrer la ceinture.

Il serait très simple, par exemple, de déterminer l'épidémiologie du cancer et de prévoir un financement de programmes appliqués au cancer à l'échelle du pays. Ce serait toutefois horriblement cher. Je ne crois pas qu'on le fera.

Reste qu'à mon avis les programmes de soins palliatifs sont tout à fait dignes d'éloges et doivent être appuyés et aidés. Je considère aussi que l'intégration des bénévoles au sein d'un

[Text]

hospice program is most commendable. It is the way to get families involved in the care of terminal patients.

The Chairman: You have raised a very interesting series of questions, Senator Keon. This morning I was reading an American book in which it was stated that 80 per cent of people die in hospital. I think the figure we hear in Canada is 70 to 75 per cent of people die in hospital.

It would be interesting to turn that figure around. If that were the percentage of people who die in their own homes, it would be, as you say, a real paradigm change.

Ms Davidson: We have done it with birthing. When we had our babies years ago we stayed in hospital for eight days. Now we are going home. I think the location for the beginning of life and the end of life seems to be shifting. The medicalization of it is changing. I use that as an example of a shift that has happened very quickly in the last number of years.

The Chairman: You mentioned several times the question of pain management. In your own experience is pain management one of the most difficult problems facing terminally ill people and the people who look after them?

Ms Davidson: I would use the word "crucial".

The Chairman: Dr. Kenneth Walker will be here next week as a witness. He is a man who, for many, many years, advocated the use of heroin or diamorphine, which is a nicer name for it, for use in Canada. He was the one responsible for having it recognized as legal. Yet, hospitals, doctors and the Cancer Society still refuse to use it, in spite of the fact that it has many properties, according to British physicians and hospitals, that are uniquely effective in pain management. It bothers me that the mind set here is that we do not touch it. In many cases, patients do not even know they are allowed to ask for it. To me, that is extraordinary.

In my view, it is one of the basic things that health care givers could offer as an alternative in terms of pain management. It would address many of the crucial questions that you are talking about in terms of the terminally ill patient.

Ms Balfour: I want to add a bit to what Duffy has said in terms of pain management being crucial. Definitely, it is crucial. We also see the other pieces to that, which are that people are afraid of being in pain. They need information about what is going to happen. They need to know what their choices are if they are in pain. They need to know if they will have access to pain management if they need it.

Those are some very crucial pieces of information that the hospice provides. It is not only in terms of pain management itself, but information for people who are afraid that some day

[Traduction]

programme d'hospice tel que le vôtre mérite des éloges particuliers. C'est le moyen de faire en sorte que les familles s'impliquent dans les soins donnés aux malades en phase terminale.

La présidente: Vous avez soulevé une série de questions très intéressantes, sénateur Keon. Ce matin, je lisais un ouvrage américain dans lequel on indiquait que 80 p. 100 des gens meurent à l'hôpital. Je crois que le chiffre qu'on donne pour le Canada est de 70 à 75 p. 100 des gens qui meurent à l'hôpital.

Il serait intéressant d'inverser ce pourcentage et de faire en sorte qu'il représente celui des gens qui meurent dans leur foyer. Ce serait, comme vous dites, un véritablement changement d'optique.

M^{me} Davidson: Nous l'avons fait pour les maternités. Il y a des années, une femme qui accouchait à l'hôpital y restait pendant huit jours. Aujourd'hui, nous rentrons chez nous. Je crois que l'endroit où la vie commence et finit est en train de changer. La médicalisation de ces événements évolue. Voilà une évolution qui s'est faite très rapidement au cours des dernières années et que je cite en exemple.

La présidente: Vous avez mentionné à plusieurs reprises la question du contrôle de la douleur. D'après l'expérience que vous en avez, est-ce que le contrôle de la douleur est l'un des problèmes les plus difficiles auxquels doivent faire face les malades en phase terminale et les gens qui s'en occupent?

M^{me} Davidson: Je parlerais de problème «fondamental».

La présidente: Le docteur Kenneth Walker viendra témoigner devant nous la semaine prochaine. Il préconise depuis de très nombreuses années l'usage au Canada de l'héroïne, ou diamorphine, si l'on veut employer un terme plus anodin. C'est lui qui à l'origine en a fait légaliser l'usage. Pourtant, les hôpitaux, les médecins et la Société du cancer refusent encore de la prescrire, en dépit du fait qu'elle possède de nombreuses propriétés, si l'on en croit les médecins et les hôpitaux britanniques, qui la rendent particulièrement efficace pour contrôler la douleur. Je n'aime pas que l'on se soit braqué sur cette drogue et que l'on ne veuille pas y toucher. Bien souvent, les malades ne savent même pas qu'ils sont autorisés à la demander. Ça me paraît incroyable.

À mon avis, c'est l'une des choses fondamentales que peuvent offrir les prestataires de soins de santé comme recours pour lutter contre la douleur. On pourrait répondre à nombre de questions fondamentales que vous évoquez au sujet des malades en phase terminale.

M^{me} Balfour: Je voudrais renchérir sur ce que vient de dire Duffy lorsqu'elle a affirmé que le contrôle de la douleur était fondamental. C'est à n'en pas douter une chose fondamentale. Il y a aussi un autre élément, qui est que les gens ont peur de souffrir. Ils ont besoin d'être informés de ce qui va se passer. Ils ont besoin de savoir quelles sont les possibilités de choix qui leur sont offertes s'ils souffrent. Ils ont besoin de savoir qu'ils peuvent obtenir les moyens de contrôler leur douleur s'ils en ont besoin.

Ce sont là des éléments d'information tout à fait indispensables que fournissent les hospices. Il n'y a pas seulement le contrôle de la douleur, il s'agit aussi d'informer les gens qui ont peur qu'un

[Texte]

they will be at a point where their pain will not be managed. A lot of people do not think about that.

The Chairman: In terms of the people with whom you deal do you find that you have to supply that information because they are not getting it from their health care givers?

Ms Davidson: Yes.

The Chairman: That is what I thought.

Senator Lavoie-Roux: I should like to carry on with Dr. Keon's questions. From an economic point of view, we all know that the health system is under a great deal of pressure. In terms of your organization being founded on volunteer work and so on, have you ever considered asking for a contribution from some of your patients?

It seems to me that you have to rely on the generosity of those in the community. In general, have you ever considered asking for contributions from someone who has an income of over \$70,000 a year? My figure is purely arbitrary.

Ms Balfour: At the association level, we do not go directly to patients, because we are one step removed from that. Our hospice members provide the hands-on care. At the association level a small percentage of our budget is covered by membership fees from our member hospices. That amounts to less than 3 per cent of our operating budget. It is a nominal fee, in other words.

Most of our member hospices in the past have not done that. It is a very dicey thing when you are providing care to someone who has a terminal illness to be asking them for money at the same time. It is a very difficult thing to do.

However, many of our members are considering such things as planned giving processes by which there will be some system of asking the receivers of care, the family members, for a return on the service that they have been provided. It has to be done very carefully and people want to tread very carefully.

Senator Lavoie-Roux: I know it is a touchy issue. We are being so squeezed by the money aspects, and I am not sure that the money is being used all that well. I do not want to get into that debate because it is another point.

I know in Quebec, for instance, we have the CLSCs who give a lot of home care services. I always had some reluctance to see even friends of mine use the service. They were not terminally ill but needed other types of home care. They have incomes of \$100,000 and more a year. They could be depriving other people with less revenues of home care programs, because the programs cannot answer all of the demands.

[Translation]

jour leur douleur ne pourra pas être contrôlée. Bien des gens ne pensent pas à tout cela.

La présidente: Face aux gens que vous traitez, avez-vous l'impression qu'il vous faut fournir cette information parce que les prestataires de soins de santé ne s'en chargent pas?

M^{me} Davidson: Oui.

La présidente: C'est ce que je pensais.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'aimerais poursuivre dans la même veine que le docteur Keon. Sur le plan financier, nous savons tous que le réseau de la santé est soumis à d'énormes pressions. Compte tenu du fait que votre organisation s'appuie entre autres sur des bénévoles, avez-vous déjà envisagé de demander une contribution à certains de vos malades?

Il me semble qu'il vous faut faire appel à la générosité des gens de la collectivité. De manière générale, avez-vous déjà envisagé de demander une contribution à quelqu'un dont le revenu est de plus de 70 000 \$ par an? Le chiffre que j'emploie est tout à fait arbitraire.

M^{me} Balfour: Notre association ne traite pas directement avec les malades, car elle ne sert que d'intermédiaire. Ce sont les hospices qui en sont membres qui dispensent directement les soins. Au niveau de l'association, une petite partie de notre budget est couverte par les droits d'inscription des hospices qui sont nos membres. Cela ne représente que moins de 3 p. 100 de notre budget d'exploitation. Autrement dit, c'est une somme minime.

Pour la plupart, les hospices qui sont nos membres n'ont pas eu recours à cette solution par le passé. Il est très gênant de dispenser des soins à un malade en phase terminale et de lui demander par la même occasion de verser de l'argent. Il est très difficile de s'y résoudre.

Il n'en reste pas moins que nombre de nos membres envisagent ce genre de solution en mettant au point des modalités permettant de demander aux bénéficiaires des soins, aux membres de la famille, de compenser les services qui leur ont été dispensés. Il faut que ce soit fait avec beaucoup de tact et les responsables se montrent très prudents dans ce domaine.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je sais que c'est une question délicate. Nous sommes tellement limités dans notre action par les questions d'argent, et je ne suis pas sûr que cet argent soit très bien utilisé. Je ne veux pas me lancer dans ce débat parce que l'on s'écarte du sujet.

Je sais qu'au Québec, par exemple, nous avons les CLSC qui dispensent un grand nombre de services de soins à domicile. J'ai toujours eu une certaine réticence à voir un certain nombre de gens utiliser ces services, même lorsqu'ils étaient mes amis. Sans être en phase terminale, ces gens avaient besoin de certains types de services à domicile. Leurs revenus étaient de 100 000 \$ ou plus par an. Il se pouvait très bien qu'ils empêchent d'autres personnes moins fortunées de bénéficier des programmes de soins à domicile, parce que les programmes ne peuvent pas répondre à toutes les demandes.

[Text]

It is the whole issue of how we will get out of this squeeze that in the long run could become harmful in terms of delivering proper care.

Ms Davidson: I can add to that; many of our hospice programs get substantial donations, unsolicited, from families who have been cared for. Certainly, many of those families are providing revenue back to the programs, but purely because they are so thankful for the service they have received. It has been unsolicited.

Senator Lavoie-Roux: Then you present yourself as a free type of service. I know it is very difficult. I was wondering because, when we get too squeezed, sometimes we have to look at other solutions.

Senator Corbin: Many years ago, I pulled out of my brother's medical library a book entitled *Childbirth Without Fear*. I was quite impressed by it. I think it was the start or certainly the continuation of something which has taken a lot of the bogeymen out of the whole process of childbirth. Has anyone yet written a book on "death without fear"?

Ms Davidson: After that wonderful hockey game last night, which of course we lost but it was a great game, I was flipping channels to see what the temperature would be in Ottawa today, when I noticed a program on T.V. with Dr. Sherwin B. Nuland, an American who has just written the definitive book.

Is that the one you are referring to?

The Chairman: Yes, it is called *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*. It is an extraordinary book and I recommend it. I will circulate it to all our members here.

Senator Corbin: Is it available in the Parliamentary Library currently?

Senator Neiman: I think they have it in our library.

Senator Corbin: You can get it at the downtown library? It is current?

The Chairman: Yes, definitely.

Ms Davidson: It is hot off the press. This is new. He is on all the talk shows so it has to be really good.

Senator Corbin: So that is the one to read. Thank you.

The Chairman: I am not sure, Senator Corbin, when you read it, whether you will really say that it gives you a panacea for dying without fear, but you will be able to understand the process.

Senator Corbin: It will be the state of the passage.

The Chairman: I thank you very much for the very interesting presentation this afternoon. I think it has been most helpful to all members of the committee.

[Traduction]

Toute la question est de savoir comment sortir de cet étau financier qui, à long terme, pourrait nous empêcher de dispenser des soins appropriés.

M^{me} Davidson: J'ajouterais que nombre de nos programmes d'hospice reçoivent des dons substantiels, sans les avoir demandés, de la part des familles qui ont reçu des soins. Il est évident que nombre de ces familles reversent de l'argent dans ces programmes tout simplement parce qu'elles leur sont très reconnaissantes des services qu'elles en ont reçus. Cet argent n'a pas été sollicité.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ensuite, vous vous présentez comme un service gratuit. Je sais que c'est très difficile. Je me posais la question parce que, lorsque les cordons de la bourse sont trop serrés, il nous faut parfois envisager d'autres solutions.

Le sénateur Corbin: Il y a bien des années, j'ai sorti des rayons de la bibliothèque médicale de mon frère un ouvrage intitulé *Childbirth Without Fear*. Ce livre m'a beaucoup impressionné. Il a marqué à mon avis le début, ou du moins la poursuite, d'une réflexion qui nous a amenés à démystifier tout ce qui entoure l'accouchement. Est-ce quelqu'un a déjà écrit un ouvrage intitulé «death without fear»?

M^{me} Davidson: Après la magnifique partie de hockey d'hier soir, nous l'avons perdue, bien sûr, mais la partie était excellente, j'étais en train de changer de chaîne pour voir quelle serait la température à Ottawa aujourd'hui, lorsque je suis tombée sur une émission avec le Dr Sherwin B. Nuland, un Américain qui vient d'écrire un livre lumineux sur la question.

C'est de cet ouvrage dont vous voulez parler?

La présidente: Oui, il s'intitule *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*. C'est un ouvrage extraordinaire et je le recommande. Je le ferai distribuer aux membres de notre comité.

Le sénateur Corbin: Est-il disponible actuellement à la Bibliothèque du Parlement?

La présidente: Je crois que nous l'avons dans notre bibliothèque.

Le sénateur Corbin: On peut se le procurer à la bibliothèque du centre-ville? Est-il en librairie?

La présidente: Oui, absolument.

M^{me} Davidson: Il vient tout juste de sortir des presses. C'est une nouveauté. On en parle dans toutes les émissions de la radio et de la télévision, c'est donc qu'il est excellent.

Le sénateur Corbin: C'est donc celui-là qu'il faut lire. Je vous remercie.

La présidente: Je ne suis pas sûre, sénateur Corbin, qu'en le lisant vous obteniez absolument toutes les recettes pour mourir sans avoir peur, mais vous serez en mesure de comprendre le mécanisme.

Le sénateur Corbin: Ce sera le rite du passage dans l'au-delà.

La présidente: Je vous remercie beaucoup de nous avoir présenté un exposé fort intéressant cet après-midi. Je pense que tous les membres du comité l'ont trouvé fort utile.

[Texte]

For the committee members, we will now have a short business meeting *in camera*.

The committee proceeded *in camera*.

Upon resuming.

The Chairman: Honourable senators, we are very pleased to have with us tonight Professor Dickens, who has made a side trip from Montreal on his way back to Toronto tonight to give us the opportunity to hear what he has to say on the subject of euthanasia and assisted suicide.

Professor Dickens teaches at the Faculty of Law, the Faculty of Medicine, the Centre of Criminology, and the Centre of Bioethics at the University of Toronto. He has written extensively, primarily in the field of medical and health law. He is an editor of the journal *Law Medicine and Health Care* and has served as a member on several editorial boards of journals in those areas. Of course, he has been very active in a number of organizations in the area of medical law.

Professor Dickens, please proceed.

Mr. Bernard Dickens, Professor, University of Toronto: Madam Chairman, it is a great pleasure and privilege to be here this evening and to have the opportunity to contribute to your struggles with a problem that is challenging, but not new.

I will be drawing a number of analogies with the area of abortion, where the law has become clarified in recent times, but the issue is clearly far from settled.

I begin with the fact that assisted suicide occurs. The Rodriguez circumstance is familiar to us all, an incident involving litigation at the highest level in which the Supreme Court held that the Criminal Code prohibition of medically assisted suicide was constitutional and punishable under the terms of the Criminal Code with up to 14 years imprisonment. Yet we know that, even after that decision, Sue Rodriguez apparently died with medical assistance.

We also have evidence that a number of persons infected with the AIDS virus are ending their lives by suicide with assistance. Indeed, an article recording a number of these instances has recently been published by a researcher at Simon Fraser University in British Columbia. He published an article quite recently in the *Journal of Palliative Care* that has been made available to you this evening.

To that extent, we find that medically assisted suicide and mediated death occur. The question, then, is whether this is something that should remain prohibited by criminal law or is something that can be accommodated, even though it is clearly morally contentious.

I am certain you are more aware than I am of your need to wrestle with the problem of the role of the law in enforcing morality and the extent to which the law can and should

[Translation]

Mesdames et messieurs les membres du comité, nous allons tenir maintenant une brève réunion à huis clos pour régler les affaires courantes.

Le comité siège à huis clos.

Reprise de l'audience.

La présidente: Honorables sénatrices et sénateurs, nous avons le grand plaisir d'avoir avec nous ce soir M. Dickens, qui a fait ce soir un détour, puisqu'il se rendait de Montréal à Toronto, pour nous communiquer ce qu'il a à dire au sujet de l'euthanasie et du suicide assisté.

M. le professeur Dickens enseigne à la faculté de droit, à la faculté de médecine, au centre de criminologie et au centre de bioéthique de l'Université de Toronto. Il a beaucoup publié, principalement dans le domaine du droit de la médecine et de la santé. Il est un des rédacteurs de la revue *Law Medicine and Health Care* et il fait partie de plusieurs comités de rédaction de revues dans ces domaines. Bien entendu, c'est un membre très actif de plusieurs organisations qui oeuvrent dans le domaine du droit médical.

Monsieur le professeur Dickens, vous avez la parole.

M. Bernard Dickens, professeur, Université de Toronto: Madame la présidente, c'est un grand honneur pour moi d'être ici ce soir et d'avoir l'occasion d'apporter ma contribution à votre réflexion sur un problème difficile mais pas nouveau.

Je vais être amené à faire un certain nombre de comparaisons avec le domaine de l'avortement, dont les règles ont récemment été précisées mais qui constitue une question qui est loin d'être complètement réglée.

Je vais commencer par dire que le suicide assisté existe. Nous connaissons tous les circonstances de l'affaire *Rodriguez*, qui a donné lieu à un litige au plus haut niveau, et à propos duquel la Cour suprême a jugé que l'interdiction du suicide assisté médicalement que contient le Code criminel était constitutionnelle et passible aux termes du Code criminel d'une peine maximum de 14 ans d'emprisonnement. Nous savons toutefois, qu'après cette décision, Sue Rodriguez est apparemment décédée avec l'aide d'un médecin.

Certains éléments indiquent que des personnes ayant le virus du sida mettent fin à leur vie en se suicidant avec l'aide de certaines personnes. En fait, un chercheur de l'Université Simon Fraser en Colombie-Britannique vient de publier récemment un article dans lequel il a recensé un certain nombre de cas de ce type. Il a tout dernièrement publié un article dans le *Journal of Palliative Care* qui vous a été distribué ce soir.

Force est de constater que le suicide assisté médicalement et la mort avec intervention extérieure sont une réalité. Il faut donc se poser la question de savoir si le droit pénal doit continuer à réprimer cet acte ou s'il s'agit d'une action dont la société peut s'accommoder, même si elle est manifestement controversée sur le plan de la morale.

Je suis certain que vous savez mieux que moi que vous allez être amenés à examiner les rapports du droit et de la morale et la mesure dans laquelle le droit doit et peut sanctionner des choix

[Text]

accommodate moral choice. The abortion issue is one that is closely analogous, in which, with the removal of the criminal prohibitions by the decision of the Supreme Court of Canada, that choice is now made on moral grounds, not on the grounds merely of compliance with law.

We also find an analogy with abortion in that medically assisted suicide and medically undertaken death are different from other forms of medical care. In that sense, they are like abortion, in that these are instances in which individuals decide for themselves what treatment they want.

We know that informed choice is required to underwrite the fact that medical decision-making is not governed by medical data; that is, it is not governed by medical recommendations or advice. We know that decisions have to be medically informed, but decisions whether to have medical care are not themselves medical choices; they are personal choices that individuals make based on their philosophy, their lifestyle, their fears, fetishes and phobias. To that extent, individuals make their own decisions.

But in routine medical care, in the medical care that the medical community has been accustomed to deliver, there will be medical advice, medical recommendations and guidance. Most patients, not being familiar with their medical circumstances, will be very respectful of the medical advice and recommendations they receive and normally will conform with it.

Abortion, medically assisted suicide, and the imposition of death are different, in that patients do not ask doctors whether it is right or wise that they should have those procedures. They make the decision themselves and simply require the physicians to help them do it effectively. This is somewhat disorienting to physicians, who are properly fearful of any right to die.

By legal analysis, a right to die would depend on a duty to kill. If physicians, steeped in the ethic of doing no harm and assisting their patients, are fearful of any legal regime in which they would be in default of their legal documents if they did not kill those they undertake to treat, they would be in a very hazardous position morally.

If physicians, whose dedication is to the advancement of palliative care, are fearful of patients subverting the doctor's good intentions by insisting on having their lives ended or ending their lives themselves, this would seem to be contrary to the ethic of medical care.

In that sense, then, we can understand physicians being fearful of patients being able to use physicians as the equivalent of plumbers — people who are called in to do a job, but whose advice and recommendations are not sought about whether the job should be done or not.

The issue we must address is whether assistance in suicide is permissible. We know that, under the prevailing Criminal Code, it is a punishable offence. In the Rodriguez decision, the Supreme

[Traduction]

moraux. L'avortement est une question très comparable, puisque, depuis la suppression de la sanction pénale décidée par la Cour suprême du Canada, ce choix se fait maintenant en fonction de critères moraux et non pas uniquement juridiques.

Il existe une autre ressemblance avec l'avortement parce que le suicide assisté médicalement et la mort provoquée médicalement diffèrent des autres types de soins médicaux. Ces mesures ressemblent à l'avortement parce que, dans ce cas, c'est la personne qui décide du traitement qu'elle souhaite recevoir.

Les décisions médicales ne doivent pas dépendre uniquement des données médicales comme l'exige le principe du choix éclairé; c'est-à-dire que ces décisions ne doivent pas dépendre des recommandations ou des conseils donnés par les médecins. Nous savons que ce genre de décision doit se baser sur des données médicales mais la décision de recevoir des soins médicaux n'est pas en elle-même un choix médical; c'est un choix personnel que chacun fait en se fondant sur sa philosophie, son mode de vie, ses peurs, ses phobies et ses préférences. Dans cette mesure, chacun prend ses propres décisions.

Mais pour ce qui est des soins médicaux de routine, des soins médicaux que la communauté médicale fournit habituellement, ce sont les médecins qui donnent conseils, recommandations et directives. La plupart des patients ne connaissent pas bien les aspects médicaux de leur état et accordent une grande importance aux conseils et aux recommandations que leur donnent les médecins, et habituellement, ils s'y conforment.

L'avortement, le suicide assisté et l'euthanasie sont différents, puisque les patients ne demandent pas au médecin s'il est bon ou sage de prendre ce genre de décision. Ce sont eux-mêmes qui prennent la décision et ils demandent uniquement au médecin de les aider à les exécuter. Cela est quelque peu troublant pour les médecins, qui, à juste titre, craignent de voir accorder le droit de mourir.

Sur le plan juridique, le droit de mourir doit s'accompagner de l'obligation de tuer. Les médecins pour qui le fait de ne pas nuire à leurs patients et de les aider constitue une valeur morale essentielle craignent l'instauration d'un régime juridique dans lequel ils ne respecteraient pas leurs obligations s'ils ne tuaient pas les personnes qu'ils tentent de traiter. Cela les placerait dans une position morale très difficile.

Les médecins se consacrent à l'amélioration des soins palliatifs et craignent que leurs patients puissent faire fi des bonnes intentions de leur médecin et exiger que l'on mette fin à leurs jours ou y mette fin eux-mêmes. Ceci semble tout à fait contraire à l'éthique médicale.

En ce sens, il est compréhensible que les médecins craignent que leurs patients puissent les utiliser comme des plombiers — des gens à qui l'on demande de faire un travail mais à qui l'on ne demande pas de donner leur avis ou de formuler une recommandation sur la nécessité d'effectuer le travail.

Il faut donc aborder la question de savoir s'il convient d'autoriser le suicide assisté. Nous savons qu'aux termes du Code criminel actuel cela constitue une infraction. Dans l'arrêt

[Texte]

Court of Canada found that the prohibition is constitutional. Much of the reasoning of the majority of the court — literally the majority, five out of the nine judges — the reasoning of the five judges was that the prohibition of assisted suicide protects the vulnerable; that is, there is the risk of abuse of any power to assist a person end life. The court recognized that this does impose hardships on Sue Rodriguez and others, but concluded, on balance, that the hardship on those who want to end their lives is justifiable for protection of the vulnerable.

The question, then, becomes whether there is something better than a blanket prohibition upheld by the Supreme Court on constitutional grounds in the Rodriguez case; whether there is any better solution that would mediate between compassion for the request of Sue Rodriguez and protection of the vulnerable.

I might also point out that in the aftermath of the death of Sue Rodriguez, the question arose of enforcement of the Criminal Code upheld by the Supreme Court in the decision. The authorities in British Columbia reflected that although the Criminal Code is federal, with the intention of applying uniformly across the country, the decision to enforce the Criminal Code is provincial. Provinces can take different positions. Again, invoking the abortion analogy, they have.

The incoming Parti Québécois, under René Lévesque, declared in the aftermath of three acquittals of Dr. Morgentaler in the late 1970s that they would not enforce the Criminal Code prohibition of abortion. We know the consequence was that free-standing abortion clinics operated in the province.

We also know that the Criminal Code that the Supreme Court in the 1988 decision in the Morgentaler case declared unconstitutional expressly provided that abortions approved by therapeutic abortion committees could be performed in facilities that were specified, but went on to say that other facilities, those that were not accredited, could be authorized to undertake abortions on approval of provincial health ministers. It meant, therefore, that although the prohibition was uniform, the difference between legality and illegality was a distinction that could be drawn on the basis of provincial preference, and this was written into the Criminal Code. To that extent, the abortion legislation expressly accommodated provincial variance.

The burden of the existing prohibition was recognized by the court in that Sue Rodriguez was compromised in being surrounded at her death by those she loved and who loved her. That is, the circumstances of her dying exposed those in attendance to criminal prosecution. This is something that

[Translation]

Rodriguez, la Cour suprême du Canada a jugé que cette interdiction était constitutionnelle. La majorité de la cour — la majorité au sens littéral, puisqu'il s'agit de cinq juges sur neuf — a jugé que l'interdiction du suicide assisté avait pour but de protéger les personnes vulnérables; c'est-à-dire, que le pouvoir d'aider quelqu'un à mettre fin à sa vie risque d'être mal utilisé. La cour a reconnu que cela imposait des souffrances à Sue Rodriguez et aux autres mais elle a conclu que globalement les souffrances imposées aux personnes qui veulent mettre fin à leur vie se justifient par la nécessité de protéger les personnes vulnérables.

Il faut donc se demander s'il n'existe pas une meilleure solution que l'interdiction générale que la Cour suprême a déclaré constitutionnelle dans l'affaire Rodriguez; s'il n'existe pas une solution qui permettrait de concilier la protection des personnes vulnérables et la légitimité des demandes présentées par des personnes dans la situation de Sue Rodriguez.

Je pourrais également signaler qu'à la suite de la mort de Sue Rodriguez, on s'est interrogé sur la question de la mise en oeuvre de la disposition du Code criminel jugée constitutionnelle par la Cour suprême dans cette décision. Les autorités de la Colombie-Britannique ont fait remarquer que, si le Code criminel relève de l'État fédéral et que l'intention est de l'appliquer uniformément dans les différentes provinces, il demeure que la décision de mettre le Code criminel en application relève, elle, des provinces. Les provinces peuvent adopter des positions différentes. Là encore, comme dans le domaine de l'avortement, c'est ce qu'elles ont fait.

Peu après son arrivée au pouvoir, le Parti québécois sous la direction de René Lévesque a déclaré qu'après les trois acquittements dont avait bénéficié le Dr Morgentaler à la fin des années 1970, la province n'appliquerait pas la disposition du Code criminel interdisant l'avortement. Nous savons que cela a donné naissance à des cliniques d'avortement indépendantes dans la province.

Nous savons également que les dispositions du Code criminel que la Cour suprême a déclarées inconstitutionnelles dans la décision qu'elle a rendue en 1988 dans l'affaire Morgentaler prévoyaient expressément que les avortements approuvés par les comités d'avortement thérapeutique pouvaient être effectués dans des établissements désignés mais la cour a également statué que les ministres de la Santé provinciaux pouvaient autoriser d'autres établissements, qui n'étaient pas agréés, à effectuer des avortements. On peut donc dire que l'interdiction était uniforme mais que chaque province avait le droit de déterminer ce qui était légal et ce qui ne l'était pas, droit que reconnaissait le Code criminel. Il est donc possible d'affirmer que les dispositions relatives à l'avortement tenaient compte expressément des préférences provinciales.

Dans l'arrêt Rodriguez, la cour a reconnu que l'interdiction actuelle imposait un fardeau à Sue Rodriguez parce que ceux qu'elle aimait et qui l'aimaient risquaient d'être poursuivis pour avoir assisté à sa mort. C'est-à-dire que dans les circonstances, les personnes qui assistaient à sa mort risquaient des poursuites

[Text]

compromises individuals who propose to commit suicide, an act which itself we know is not unlawful.

We also have evidence, in the article by Russel Ogden, which has been distributed this evening, the article recently published in the *Journal of Palliative Care*, that a number of AIDS patients attempting their own deaths have bungled the procedure and have survived in acute distress and misery. In that sense we can see that upholding the existing law imposes costs on people who propose to undertake lawful behaviour, behaviour which is not itself criminal.

I should also have emphasized that the provision of the Criminal Code that was in issue in the *Rodriguez* case, section 241 of the Criminal Code, has two provisions. The first prohibits counselling suicide. The second prohibits aiding and abetting suicide. It was only the latter part that was in issue in the *Rodriguez* case. The fear that any power to aid and abet suicide could be abused might be addressed under prevailing law by reference to section 241(a) of the Criminal Code, that is, taking an initiative to suggest to a person that that person might commit suicide with assistance.

We know that judges have approved avoidable death, postponable death, in circumstances in which the courts were satisfied that there was no abuse. We had a much publicized case of this in Quebec in 1992, the case of *Nancy B.* Nancy B. was competent and lucid. She suffered from a condition from which she would not recover, and although she could have been sustained in life for decades, she proposed that the artificial life support be withdrawn with the consequence that she would die.

A judge of the Quebec superior court went to her bedside, interviewed her, heard argument, and concluded that she was entitled to have the artificial life support, the ventilator, removed. Not only that, but her physician was given a discretion — no duty, but a discretion — to ensure that death would be painless. In fact, although the particular circumstances of the death were not publicized, I gather that the process was that she was put into a deep sleep, in fact her physician induced coma, and the ventilator was withdrawn so that she died in her sleep in that coma.

The *Nancy B.* case and the *Sue Rodriguez* case are not simply different, they are diametrically opposed to each other. *Sue Rodriguez* was going to die naturally. She feared that and wanted to die artificially. Nancy B. was living artificially and when the respirator was withdrawn, she died naturally. The court made it clear that this was not a case of suicide, it was not a case of euthanasia, this was a case of natural death — avoidable death but natural death.

The significance of the two cases, however, is that the court found this person to be competent, found that her wish for a postponable death was a rational wish, and authorized a physician to undertake it to be completed in circumstances that maximized the comfort and dignity of the patient.

[Traduction]

criminelles. Cette réalité touche donc les personnes qui veulent se suicider, action qui en elle-même n'est pas illégale.

L'article de Russel Ogden, qui a été distribué ce soir, article qui a été récemment publié dans le *Journal of Palliative Care*, indique que des patients atteints du sida ont tenté de mettre fin à leurs jours, qu'ils s'y sont mal pris et qu'ils survivent au milieu d'horribles souffrances. Nous pouvons donc en déduire que le maintien des lois actuelles impose un lourd fardeau aux personnes qui se proposent d'adopter un comportement légal, comportement qui n'est pas en lui-même criminel.

Je devrais également insister sur le fait que la disposition du Code criminel qui était en litige dans l'affaire *Rodriguez*, l'article 241 du Code criminel, contient deux parties. La première interdit le fait de conseiller le suicide. La seconde interdit le fait d'aider et d'encourager le suicide. C'est cette deuxième partie qui était en litige dans l'affaire *Rodriguez*. On pourrait éviter que le pouvoir d'aider et d'encourager le suicide entraîne des abus en ayant recours au droit actuel, l'alinéa 241a) du Code criminel, c'est-à-dire, la disposition qui interdit de prendre l'initiative de suggérer à quelqu'un de commettre le suicide en lui offrant son aide.

Nous savons que les juges ont autorisé une mort qui aurait pu être évitée, qui aurait pu être retardée, dans des cas où les tribunaux ont estimé qu'ils n'y avaient pas d'abus. On peut citer une cause célèbre de la province de Québec qui est survenue en 1992, l'affaire *Nancy B.* Nancy B. était lucide et possédait toutes ses facultés. Elle n'avait aucune chance de reprendre une vie normale et elle aurait pu demeurer en vie pendant des dizaines d'années mais elle souhaitait que l'on retire l'appareil qui la maintenait artificiellement en vie pour qu'elle puisse mourir.

Un juge de la Cour supérieure du Québec s'est rendu à son chevet, l'a interrogée, a entendu ses arguments et a conclu qu'elle avait le droit de refuser l'appareil qui la maintenait artificiellement en vie, ainsi que le respirateur. Qui plus est, la cour a accordé à son médecin le pouvoir — non pas l'obligation mais le pouvoir — de lui assurer une mort douce. En fait, les circonstances exactes de la mort n'ont pas été communiquées mais je pense qu'on a procédé à une anesthésie générale, en fait son médecin l'a endormie et on a débranché le respirateur de sorte qu'elle est morte dans son sommeil provoqué.

Les affaires *Nancy B.* et *Sue Rodriguez* ne sont pas seulement différentes, elles sont en fait diamétralement opposées. *Sue Rodriguez* allait mourir de façon naturelle. Cela lui faisait peur et elle voulait mourir artificiellement. Nancy B. vivait de façon artificielle et lorsqu'on a débranché le respirateur, elle est morte de façon naturelle. La cour a clairement indiqué qu'il ne s'agissait ni d'un suicide, ni d'euthanasie et qu'il s'agissait d'une mort naturelle — une mort qu'on aurait pu éviter mais qui était naturelle.

Ces deux affaires sont importantes parce que la cour a conclu que chacune de ces patientes était lucide, elle a conclu que son désir de mourir était rationnel, même si la mort aurait pu être retardée, et elle a autorisé un médecin de donner suite au souhait de la patiente dans des circonstances qui respectait son confort et sa dignité.

[Texte]

More recently, we have a decision, not yet reported, in April 1994, of the New Brunswick Court of Queen's Bench in which a person, a legal minor, age 15, refused blood transfusions that were sustaining his life. He shared his parents' religious convictions. He was a Jehovah's Witness and he proposed that he not be transfused, with the foreseeable consequence that he would die. He was willing to accept that risk. The provincial guardian of children was not, and went to court to seek an order that he be declared in need of protection so that consent to the transfusion could be given by this government agent.

The court heard the boy, was satisfied that his decision was one that he sincerely held, found him to be competent and refused to find that he was in need of protection. The result then was that he was entitled to refuse a blood transfusion.

We have an earlier case, a 1983 case, in many ways a very sad case, of a woman Dukhobor who was imprisoned for destruction of property, fire bombing, arson. She went on a hunger strike. She was from Alberta, but she was actually resident in an institution maintained by the government of British Columbia. She refused to eat. The provincial Attorney General said that she must be offered food and hydration but not forced to eat or drink. The federal Solicitor General at the time, Robert Kaplan, disagreed on the ground that she was not a free person. She was in custody. She was not free to choose where she lived. She was not free to choose her diet, nor was she free to choose whether she ate or not. She would eat; if not voluntarily, then by force.

In rather unusual litigation the federal Solicitor General went to court against the provincial Attorney General for a declaration that she must be force-fed. He was not granted that declaration and the British Columbia Court of Appeal upheld the refusal on the ground that there was no duty to force-feed. The court said that there was a power to force-feed because she was not a free person, but there was no obligation to force-feed.

In fact, force-feeding was initiated, a brutal procedure on this strong-minded but frail woman. She gave up her hunger strike. She was released from prison a little earlier than was expected. She went back to her community. She went back to cleansing by fire those with whom she disagreed; what the Criminal Code describes as arson. She was convicted, she went back to prison, she went back on hunger strike, and it was decided this time not to force-feed her until she lapsed from consciousness. She stayed conscious longer than was expected and by the time she became unconscious she could not be saved and she died.

[Translation]

Plus récemment, il y a une décision, qui n'a pas encore été publiée, du mois d'avril 1994 rendue par la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick qui concernait une personne, un mineur, âgé de 15 ans, qui a refusé des transfusions sanguines qui pouvaient lui sauver la vie. Il partageait les convictions religieuses de ses parents. C'était un témoin de Jehovah et il avait refusé cette transfusion, sachant qu'il risquait d'en mourir. Il était prêt à accepter ce risque. Le tuteur provincial ne l'était pas et s'est adressé à un tribunal pour obtenir une ordonnance déclarant que l'enfant avait besoin de protection, ce qui autorisait ce représentant du gouvernement à donner son consentement à la transfusion.

La cour a entendu l'enfant, a estimé qu'il avait beaucoup réfléchi avant de prendre sa décision, a déclaré qu'il était lucide et a refusé de conclure qu'il avait besoin de protection. Ceci lui a permis de refuser la transfusion sanguine.

Il existe une affaire plus ancienne, qui remonte à 1983, une affaire très triste, qui concernait une Dukhobor qui avait été emprisonnée pour avoir détruit des biens, et pour crime d'incendie. Elle faisait la grève de la faim. Elle venait de l'Alberta et résidait à ce moment dans un établissement qui relevait du gouvernement de la Colombie-Britannique. Elle se refusait à manger. Le procureur général de la province a déclaré qu'on devait lui offrir des aliments et des liquides mais qu'on ne devait pas l'obliger à les consommer. Le solliciteur général de l'époque, Robert Kaplan, n'a pas partagé cette opinion pour le motif qu'il ne s'agissait pas d'une personne en liberté. Elle se trouvait sous garde. Elle n'était pas libre de décider où elle voulait vivre. Elle n'était pas libre de choisir son régime, et donc, pas libre de décider si elle mangerait ou pas. Il fallait qu'elle mange; si elle ne voulait pas le faire, on devait utiliser la force.

Dans cette affaire plutôt inhabituelle, le solliciteur général fédéral a intenté une action contre le procureur général provincial en vue d'obtenir une déclaration disant qu'elle devait être alimentée de force. La cour d'appel de la Colombie-Britannique n'a pas donné suite à cette demande et a justifié son refus en disant qu'il n'y avait dans ce cas aucune obligation d'alimenter cette personne de force. La cour a déclaré que les responsables avaient le pouvoir de l'alimenter de force parce qu'elle n'était pas en liberté mais qu'elles n'étaient pas tenues de le faire.

En fait, on a tenté de l'alimenter de force, une façon de procéder assez brutale compte tenu du fait qu'il s'agissait d'une femme très décidée mais fragile physiquement. Elle a renoncé à sa grève de la faim. Elle a été libérée de prison avant le jour prévu. Elle est retournée dans sa communauté. Elle a recommencé à utiliser le feu pour nettoyer les personnes avec lesquelles elle n'était pas d'accord; c'est ce que le Code criminel qualifie de crime d'incendie. Elle a été déclarée coupable, elle est retournée en prison, elle a refait la grève de la faim et on a alors décidé qu'on ne l'alimenterait pas de force tant qu'elle serait consciente. Elle est demeurée consciente plus longtemps que prévu et quand elle est devenue inconsciente, il n'a pas été possible de la sauver et elle est morte.

[Text]

There was no suggestion that that death was illegal on the part of any of those responsible for her welfare. The British Columbia Court of Appeal said that she was sufficiently competent to decide whether or not to take that risk in accordance with her own value system.

More recently, in 1990, the Ontario Court of Appeal unanimously upheld a trial court decision in the case of *Malette v. Shulman*, in which a woman who carried a signed Jehovah's Witness card was transfused because her attending physician, the physician in the hospital to which she was taken following a road traffic accident, concluded that without the transfusion she would die.

She survived and she sued on grounds of battery, on grounds of unauthorized medical intervention. The trial court, even though accepting that the transfusion may have saved her life, concluded that she was entitled not to have her life saved in accordance with her doctor's values but was entitled to risk death in accordance with her values. Damages were awarded which the Ontario Court of Appeal unanimously upheld on the same reasoning.

This reasoning has contributed to the structure proposed by Chief Justice Lamer in the dissenting judgment he entered in the *Rodriguez* case; that is, that he accepted that the prohibition of assisted suicide has a role to defend the vulnerable, but that to impose that burden on Sue Rodriguez, who was competent and not abused, was excessive. He therefore proposed grounds, conditions, under which a court could approve medical assistance in suicide.

I will not take the time of the committee to read those conditions. I believe that my abstract has been made available to you and in paragraph six there are the seven conditions that can be distilled from the judgment of the Chief Justice in the *Rodriguez* case.

The important point is that the process begins with an application to a court. The Chief Justice suggested it be a superior court. This is a matter of provincial concern; a province might choose to have the matter at least initiated at a lower level, perhaps in a family court that is more mobile and in a sense more accessible, not the least in terms of cost.

The proposal then of the Chief Justice in his dissenting judgment was that there is a mechanism that the law can contemplate that will mediate, better than the prevailing prohibition, the interests of a competent person, who determines that life is better ended, and the protection of the vulnerable.

Let me emphasize that the prohibition on counselling assisted suicide or counselling suicide under section 241(a) of the Criminal Code is not the issue. Here, we are concerned with, and the conditions proposed by the Chief Justice focus on, medical assistance of a person who has already made a decision to end his or her life.

[Traduction]

Les autorités responsables du bien-être de cette personne n'ont pas été accusées d'avoir commis un acte illégal et d'avoir causé sa mort. La cour d'appel de la Colombie-Britannique a déclaré que cette personne était suffisamment lucide pour décider de prendre ce risque, conformément à son système de valeur.

Plus récemment, en 1990, la cour d'appel de l'Ontario a confirmé, dans un arrêt unanime, une décision de première instance dans l'affaire *Malette v. Shulman*, dans laquelle une femme qui avait sur elle une carte de témoin de Jehovah signée par elle a refusé une transfusion parce que le médecin qui la soignait, le médecin de l'hôpital où elle avait été emmenée à la suite d'un accident de la route, a jugé qu'elle mourrait s'il ne procédait pas à une transfusion sanguine.

Elle a survécu et elle l'a poursuivi pour voies de fait, pour le motif qu'elle n'avait pas autorisé cette intervention médicale. Le juge de première instance a reconnu qu'il était possible que cette transfusion lui ait sauvé la vie mais il a jugé qu'elle avait le droit à ce qu'un médecin ne cherche pas à lui sauver la vie, comme ses valeurs à lui le lui demandaient, et qu'elle avait le droit de risquer la mort comme l'exigeaient ses propres valeurs. Le tribunal lui a accordé des dommages et intérêts, décision qui a été confirmée, de façon unanime, par la cour d'appel de l'Ontario qui a repris le même raisonnement.

C'est ce raisonnement qui est à la base de la solution que propose le juge en chef Lamer dans l'arrêt dissident qu'il a rendu dans l'affaire *Rodriguez*; c'est-à-dire qu'il a reconnu que l'interdiction du suicide assisté était justifiée parce que cela permettait de protéger les personnes vulnérables mais qu'imposer un tel fardeau à Sue Rodriguez, une personne lucide et libre, était excessif. Il a donc proposé des motifs, des conditions auxquels un tribunal pourrait autoriser un suicide assisté par un médecin.

Je n'imposerais pas au comité la lecture de ces conditions. Je crois que mon résumé vous a été distribué et au paragraphe 6, on y trouve les sept conditions que l'on peut dégager du jugement du juge en chef dans l'affaire *Rodriguez*.

L'élément important est que le processus proposé est déclenché par une demande présentée à un tribunal. Le juge en chef suggère qu'elle soit présentée à une cour supérieure. C'est une question qui relève des provinces. Une province pourrait fort bien choisir une cour de niveau inférieur, au départ tout au moins, le tribunal de la famille peut-être qui est plus mobile et dans un sens, plus accessible, notamment pour ce qui est du coût.

Dans son jugement dissident, le juge en chef propose ensuite la mise en place d'un mécanisme juridique qui concilierait, mieux que l'interdiction actuelle, les intérêts des personnes lucides, qui décident de mettre fin à leurs jours et la protection des personnes vulnérables.

Je dois souligner qu'il ne s'agit aucunement ici du fait de conseiller un suicide assisté ou non que réprime l'alinéa 241a) du Code criminel. Nous parlons ici d'accorder une aide médicale à une personne qui a déjà décidé de mettre fin à sa vie, et c'est sur ce point que portent les conditions que propose le juge en chef.

[Texte]

It is clear that the same process could be applied to someone who lacks the physical capacity to end his or her life; that is, the transition from medically assisted suicide to having another person actually impose death. Among the conditions proposed by the Chief Justice in the *Rodriguez* case is that the act causing the applicant's death be that of the applicant, not of anyone else.

Some may think this is a technical matter; that is, what matters is more the purpose of the decision and the outcome of the process rather than the process be one directly involving the hand in the act attributable to the individual or that of another person.

A mechanism could be established involving an application to a court under which another person could be authorized to end the life of an applicant. Again, this would not be a duty; that is, the applicant would not have a right to die that would imply a duty to kill on the part of the other person, but that another person willing to undertake the initiative, whether that person was medically qualified or not, would be authorized under carefully specified circumstances to take an initiative designed to end the life of a competent applicant.

This would require amendment of the Criminal Code, amendment of section 14 that provides that no one can grant consent to have death inflicted on him or her; and that any such consent is not a defence to anyone acting under its guidance; and, also, I would like to suggest that there be consideration of a new category of murder.

It is curious that the existing criminal prohibition of murder does not really protect the vulnerable, in that it seems excessive in cases popularly described as mercy killing; that is, we have instances in which juries are clearly uncomfortable with finding someone who killed under misguided compassion a murderer, with all of the consequences; and we have a record of jurors accepting rather contrived arguments of temporary insanity and convicting of manslaughter or trying to find some lesser offence.

We also know that prosecutors are very wary about prosecuting for murder in cases of mercy killing, because if juries acquit, and they would have to be jury cases, that could send a message that is not neutral but is actually counterproductive: it seems not to protect the sanctity of life.

The limitation of the existing murder provision is that by the Criminal Code the minimum punishment for murder is life imprisonment. We distinguish first degree murder from second degree murder not by reference to the sentence but by reference to eligibility for parole; that is, those convicted of first degree murder cannot, with exceptions, be eligible for parole in less than 25 years. Those convicted of the only alternative, second degree murder, are not eligible for release in less than 10 years. Prosecutors at times seem to find this too harsh, and juries again

[Translation]

Il est évident que l'on pourrait appliquer le même raisonnement à la personne qui n'a pas la capacité physique de mettre fin à sa vie; c'est-à-dire, de passer du suicide assisté par un médecin à une mort causée par une autre personne. Le juge en chef précise bien dans l'affaire *Rodriguez* qu'une des conditions est que l'acte à l'origine de la mort du requérant soit un acte posé par celui-ci, et non par quelqu'un d'autre.

On pourrait penser que c'est une question technique; c'est-à-dire, que l'objectif de la décision et le résultat du processus importent davantage que le fait que ce soit la personne qui souhaite mourir qui cause elle-même sa mort et non pas une autre personne.

Le mécanisme adopté pourrait prévoir qu'une personne autre que le requérant soit autorisée par le tribunal à mettre fin à la vie du requérant. Là encore, il ne s'agirait pas d'une obligation; le requérant ne se verrait pas reconnaître le droit de mourir et personne d'autre n'aurait l'obligation corrélative de le tuer; le tribunal autoriserait plutôt une autre personne, prête à prendre cette initiative, que celle-ci soit médicalement qualifiée ou non, dans des circonstances étroitement définies, à prendre une initiative ayant pour but de mettre fin à la vie d'un requérant lucide.

Il faudrait pour cela modifier le Code criminel, notamment l'article 14 qui prévoit que nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée et qu'un tel consentement ne constitue pas un moyen de défense pour la personne qui donne suite à cette demande; de plus, j'aimerais proposer la création d'une nouvelle catégorie de meurtre.

Il est intéressant de noter que la prohibition pénale du meurtre en vigueur actuellement ne protège pas vraiment les personnes vulnérables, parce que celle-ci semble excessive lorsqu'on l'applique à des cas d'euthanasie; les jurys sont souvent réticents à déclarer coupable de meurtre une personne qui a infligé la mort pour des raisons humanitaires mal comprises, avec toutes les conséquences que cela entraîne; il existe de nombreux cas où, pour éviter cela, des jurés ont retenu des moyens de défense artificiels fondés sur l'aliénation temporaire et déclaré l'accusé coupable d'homicide involontaire ou d'une infraction moindre.

Nous savons également que les poursuivants hésitent beaucoup à porter des accusations de meurtre dans les cas d'euthanasie, parce que si le jury acquitte l'accusé, et le procès doit obligatoirement avoir lieu devant un jury, cela peut donner au public une indication faussée qui irait contre l'objet de la disposition pénale: en fait, elle ne protège pas le caractère sacré de la vie.

Le problème que soulève dans ce cas la disposition relative au meurtre est qu'en vertu du Code criminel, la peine minimum pour le meurtre est l'emprisonnement à perpétuité. Le meurtre au premier degré se distingue du meurtre au second degré non pas par la peine imposée mais pour ce qui est de l'admissibilité à la libération conditionnelle; les personnes déclarées coupables de meurtre au premier degré ne peuvent, sauf exception, être admissibles à la libération conditionnelle avant d'avoir purgé 25 ans de prison. Les personnes déclarées coupables de la seule

[Text]

seem to have reservations about imposing sentences they consider excessive.

I would like, therefore, to suggest that we have a new category of third degree murder, which would fulfil the existing definition of murder, but would be chargeable if there was an anticipated defence that the killing was not exploitive or malicious, but that it was done in accordance with the perception of the best interests and on the request of the person killed.

If, therefore, there were to be the sort of mechanism that Chief Justice Lamer proposed in the *Rodriguez* case for medically assisted suicide applied equally to medical undertaking of death, then a prior court decision would authorize an individual to end life. If life were to be ended outside the provisions of that mechanism, then it would be chargeable either as third degree murder, or alternatively as first degree murder, first degree murder being murder which is deliberately inflicted. It would then be open to a jury to hear the defence argument, and if satisfied that the killing was unlawful, but that it was genuinely undertaken out of compassion and not maliciously, then the jury would have the discretion to find the accused guilty of murder, but of third degree murder, and because there would be no minimum punishment the judge could then calibrate the punishment to the gravity of the evidence.

The proposal is that the offence be analogous to manslaughter and also to criminal negligence causing death, both of which permit up to life imprisonment but neither of which has any minimum punishment, and it would therefore be for the court to impose whatever sentence seemed right in the circumstances.

In that sense, we can, I would submit, do better for Sue Rodriguez than we have; that is, we could set in place a mechanism that would appropriately defend the vulnerable but also accommodate cases to which a judge was sympathetic on the basis that the patient was competent, knew what he or she wanted, and was willing to be assisted in suicide or to have another person end life.

Senator Beaudoin: Thank you very much for this excellent explanation of the *Rodriguez* case. This is the first time I have heard anything like the proposal that you are putting forward, which you call third degree murder. It could protect the vulnerable while at the same time leaving the decision with the court.

For example, in a case like the Sue Rodriguez one and with the legislation that you suggest, if someone wishes to prosecute before a criminal court then the judge and jury may examine all the facts and come to the conclusion that it might be acceptable in the circumstances. Your theory is that it still protects the vulnerable

[Traduction]

alternative, le meurtre au deuxième degré, ne sont pas admissibles à la libération avant dix ans. Il arrive que les poursuivants trouvent que ces peines sont trop sévères et le jury semble souvent réticent à imposer des peines qu'il considère excessives.

C'est pourquoi je propose de créer une nouvelle catégorie, celle du meurtre au troisième degré, qui serait définie de la même façon que le meurtre actuellement, mais qui pourrait être utilisée pour porter une inculpation si l'on prévoit que le moyen de défense sera fondé sur le fait que le meurtre n'a pas été commis par intérêt ou dans une intention mauvaise mais infligé à la demande de la victime en pensant que c'était dans son intérêt.

Si l'on mettait en place le genre de mécanisme que propose le juge en chef Lamer dans l'affaire *Rodriguez* pour le suicide assisté par un médecin et que ce mécanisme s'appliquait également à l'infliction de la mort par un médecin, cela permettrait à une personne de mettre fin à la vie d'une autre, pourvu qu'elle y ait été autorisée préalablement par une décision judiciaire. Dans le cas où la mort est causée sans que l'on ait utilisé ce mécanisme, elle pourrait donner lieu à une accusation de meurtre au troisième degré, ou de meurtre au premier degré, celui-ci étant le meurtre commis de façon délibérée. Le jury pourrait alors entendre les arguments de la défense et s'il est convaincu que l'homicide est illégal mais qu'il a véritablement été infligé pour des raisons humanitaires et non dans une intention mauvaise, le jury aurait alors la possibilité de déclarer l'accusé coupable de meurtre, mais de meurtre au troisième degré; ce meurtre n'étant pas passible d'une peine minimum, le juge pourrait alors fixer la peine en fonction de la gravité des circonstances.

Dans cette hypothèse, l'infraction serait comparable à l'homicide involontaire coupable ou à la négligence criminelle ayant entraîné la mort, deux infractions qui sont passibles de l'emprisonnement à perpétuité mais qui ne prévoient pas de peine minimum, ce qui laisse au tribunal toute latitude pour imposer la peine qui semble être justifiée d'après les circonstances.

Cela permettrait, d'après moi, d'obtenir un résultat bien préférable à l'issue qu'a connue l'affaire *Rodriguez*; on pourrait ainsi mettre en place un mécanisme qui défendrait efficacement les personnes vulnérables mais permettrait également au juge d'accueillir favorablement la demande d'un patient, lorsque celui-ci est lucide, lorsqu'il sait ce qu'il veut et est prêt à se donner la mort avec l'aide d'une autre personne ou à ce qu'une autre personne mette fin à ses jours.

Le sénateur Beaudoin: Je vous remercie de cette excellente analyse de l'arrêt *Rodriguez*. C'est la première fois que j'entends une proposition comme celle que vous avez présentée, ce que vous appelez le meurtre au troisième degré. Cela assurerait une protection aux personnes vulnérables tout en laissant au tribunal la décision finale.

Par exemple, dans une affaire comme l'affaire *Sue Rodriguez* et avec une disposition du genre que vous proposez, si l'acte posé donne lieu à une poursuite pénale, le juge et le jury peuvent alors examiner tous les faits et en arriver à la conclusion que l'acte peut se justifier compte tenu des circonstances. Avec cette théorie, les

[Texte]

because the vulnerable are not in the same situation. Is this what you are suggesting?

Mr. Dickens: That is very close. The argument is that if the court were to be satisfied that the defendant had a genuine intention to assist the victim of the killing, then the court would be entitled to hold that this was a killing in breach of the law and therefore murder, but that it did not warrant a minimum of life imprisonment and a decade, at least, in custody before eligibility for parole.

If, in the absence of any court mechanism to give prior approval, a misguided though compassionate initiative were taken to end life, then the court would be able to uphold legal principle and say, "This is murder," but temper justice with mercy by imposing an appropriate sentence that could be quite modest.

If, on the other hand, the court felt that the defence was specious, then the court could impose up to life imprisonment.

Senator Beaudoin: Some people who have come before us have said that assisted suicide is a form of euthanasia. I understand that because you propose something different you disagree with the reasoning of the Chief Justice. What is your opinion with respect to the question of assisted suicide? Is it a form of euthanasia or not?

Mr. Dickens: The literature indicates that euthanasia has been described in a variety of ways. It has no legal definition. There is no legal category, as you well appreciate, and in that sense euthanasia is what we choose to make it. We have had, for example, statistical surveys of practice in the Netherlands indicating a very modest incidence of euthanasia that critics have attacked applying a different criterion of euthanasia to find there is extensive killing. To that extent, there are arguments according to which assisted suicide is euthanasia and arguments according to which it is not.

I do not think, with respect, that the definition governs what ought to be done. I think what we do is governed by our general principles; and whether this is legally approved euthanasia or whether this is a form of legal termination of life that is not euthanasia is something that can be argued in other disciplines without having an impact upon the parties most immediately concerned with that decision.

Senator Beaudoin: We have heard the slippery slope argument and the question of abuse. However, if I understand the reasoning of the majority in the *Sue Rodriguez* case, it is not only that; there is also the question of the preserving of life, as well as the protection of the vulnerable being justified with a blanket prohibition because the abuse cannot be adequately established.

[Translation]

personnes vulnérables sont tout de même protégées, parce qu'elles ne se trouvent pas dans la même situation. Est-ce bien ce que vous proposez?

M. Dickens: Cela n'en est pas loin. Avec ma proposition, si le tribunal est convaincu que l'accusé avait véritablement l'intention d'assister la victime de l'homicide, il pourrait alors juger qu'il s'agit d'un homicide illégal et donc d'un meurtre, mais que cela n'appelle pas l'imposition de la peine minimum de l'emprisonnement à vie et ni un séjour d'au moins dix ans en prison avant d'être admissible à la libération conditionnelle.

En l'absence d'un mécanisme judiciaire permettant d'obtenir une approbation préalable, si une personne prenait l'initiative de mettre fin à une vie pour des motifs humanitaires mal compris, le tribunal pourrait faire respecter les principes juridiques et déclarer qu'il s'agit d'un meurtre mais en même temps, il pourrait adoucir l'application de ces principes en imposant une peine qui pourrait être peu sévère.

Par contre, si le tribunal estime que le moyen de défense invoqué est artificiel, il pourrait toujours imposer une peine pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement à perpétuité.

Le sénateur Beaudoin: Des témoins nous ont affirmé que le suicide assisté était une forme d'euthanasie. Votre proposition est légèrement différente et j'en conclus que vous n'êtes pas d'accord avec le raisonnement qu'a tenu le juge en chef. Que pensez-vous de la question du suicide assisté? Est-ce une forme d'euthanasie d'après vous?

M. Dickens: Dans les études sur la question, l'euthanasie est décrite de différentes façons. Il n'y a pas de définition légale de ce terme. Il n'entre pas dans une catégorie juridique, comme vous le comprenez, et en ce sens, nous pouvons définir l'euthanasie comme nous le souhaitons. Nous disposons, par exemple, d'études statistiques de la pratique suivie aux Pays-Bas qui indiquent qu'un certain nombre de cas d'euthanasie qui ont fait l'objet de critiques parce que les auteurs de celles-ci appliquaient un critère différent de l'euthanasie pour conclure à l'existence d'un grand nombre de meurtres de ce type. Dans ce contexte, on trouve des arguments voulant que le suicide assisté est identique à l'euthanasie et des arguments en sens contraire.

Excusez-moi mais je ne pense pas qu'il faille se baser sur la façon dont l'on définit ces actes pour déterminer les mesures à prendre. Il faut d'après moi appliquer nos principes généraux; on pourra alors laisser à d'autres disciplines le soin de déterminer s'il s'agit d'une euthanasie autorisée par le droit ou d'une forme légale de mort provoquée qui n'est pas assimilable à l'euthanasie, sans que ce problème ait des répercussions pour les parties directement touchées par cette décision.

Le sénateur Beaudoin: On nous a présenté l'argument de la pente dangereuse et des risques d'abus. Cependant, si j'ai bien compris le raisonnement de la majorité de la cour dans l'arrêt *Sue Rodriguez*, il ne s'agit pas uniquement de cela. Il y a aussi la question de la préservation de la vie, ainsi que de la protection des personnes vulnérables, objectif que justifie l'interdiction générale parce qu'il est souvent difficile de démontrer qu'il y a eu abus.

[Text]

There are two reasons. There is not only the question of abuse, or the question of the slippery slope. There is a positive principle, which is the protection of life, is there not?

Mr. Dickens: Yes. If one models arguments on a vision of the protection of life or the sanctity of life, if one believes in life at any cost, then one will tolerate the cost that Sue Rodriguez and others were required to bear. The court majority considered that appropriate.

On the other hand, we have this series of instances that seem to be growing in which judges, dealing not with abstract speculation about futures, but with individuals appearing before them or whom they go to see, find that there is adequate protection against abuse and that the wishes of the individual can be accepted.

Distinctions might be drawn between the type of case in *Rodriguez*, in which the patient was terminal, and cases of individuals determining on suicide who otherwise could live a full and active life. It is not clear whether the *Nancy B.* case was in that category, because, although Nancy B. could have been sustained for decades, she died within minutes once the ventilator was withdrawn. That was her natural destiny without that artificial support.

One may want to build into the sort of framework the Chief Justice proposed that there be an independent medical assessment, not simply that the patient is competent but that the patient is in a terminal condition, although it is instructive that the natural death legislation that a number of American states have introduced has been very wary about defining a terminal condition.

Senator Keon: Professor Dickens, I would also like to compliment you on an absolutely superb presentation which will be of enormous help to this committee as we proceed.

You came right to the point on several issues. I refer in particular to whether or not legislators should decide that people have a legal right to die. If that is the case, then it appears to me that there will be imposed on the medical profession the duty to kill.

Your bottom line seems to suggest a way out of this with your third degree murder proposal, which would let judges and juries off the hook. It appears to me that that would not suffice, because there could be the perception of murder in an individual case involving first, second or even your proposed third degree murder. I think that would leave the members of the medical profession in a most precarious position.

Mr. Dickens: My proposal, with respect, is not that anyone, even one approved by a court process, be accorded a right to die that any other person has any duty to service. The *Nancy B.* case I think is instructive in that Nancy B. was not recognized to have a right to die. Indeed, she sought a mandatory order that she was not granted. In that sense, her litigation failed, although the outcome was exactly what she wanted.

[Traduction]

Il y a donc deux motifs. Il n'y a pas seulement la question des abus ou de la pente dangereuse. Il y a un principe positif, qui est la protection de la vie, n'est-ce pas exact?

M. Dickens: Oui. Si l'on utilise des arguments basés sur la protection de la vie ou sur son caractère sacré, si l'on pense qu'il faut préserver la vie à tout prix, alors l'on peut tolérer le fardeau que cela a imposé à Sue Rodriguez et à d'autres. La majorité de la cour a considéré que cela était acceptable.

Par contre, il semble y avoir de plus en plus de cas où des juges amenés à se prononcer non pas en fonction d'hypothèses abstraites mais sur des cas concrets, jugent qu'il existe une protection suffisante contre les abus et que l'on peut donner suite au souhait exprimé par la personne concernée.

On peut également établir une distinction entre les affaires comme l'affaire *Rodriguez*, où le patient était en phase terminale, et les cas où une personne qui pourrait autrement vivre une vie active décide de se suicider. Il n'est pas certain que l'affaire *Nancy B.* fasse partie de cette catégorie parce que Nancy B. aurait pu être maintenue en vie pendant des dizaines d'années mais elle est morte en quelques minutes lorsqu'on a débranché le respirateur. C'était le destin qui l'attendait naturellement s'il n'y avait pas eu cette aide artificielle.

Il est également possible d'ajouter au cadre qu'a proposé le juge en chef une évaluation médicale indépendante qui porterait non seulement sur la lucidité du patient mais également sur le fait qu'il se trouve en phase terminale. Il est toutefois instructif de noter que la plupart des lois relatives à la mort naturelle que comptent adopter un certain nombre d'États américains ne définissent pas ce qui constitue une phase terminale.

Le sénateur Keon: Monsieur le professeur Dickens, j'aimerais vous féliciter pour cet exposé vraiment superbe qui va nous être d'une grande utilité.

Vous avez fait mouche sur plusieurs questions. Je pense notamment à celle de savoir si le législateur devrait accorder aux citoyens le droit de mourir. Si le législateur accorde ce droit, il risque d'imposer à la profession médicale le devoir de tuer.

Votre solution paraît offrir une issue puisqu'elle comprend le meurtre au troisième degré qui accorde une grande latitude aux juges et aux jurys. Il me semble toutefois que cela ne règle pas entièrement la question, parce que l'on pourrait penser qu'il y a eu meurtre dans un cas où l'on parlerait de meurtre au premier, au deuxième ou même au troisième degré, comme vous le proposez. Cela placerait, je crois les membres de la profession médicale dans une situation particulièrement précaire.

M. Dickens: Excusez-moi mais ma proposition ne vise pas à accorder à quiconque, même avec l'autorisation d'un tribunal, le droit de mourir et à imposer à quelqu'un d'autre l'obligation de lui donner effet. L'affaire *Nancy B.* est intéressante parce que le tribunal n'a pas reconnu à Nancy B. le droit de mourir. Elle demandait au tribunal de rendre une ordonnance impérative, ce qu'elle n'a pas obtenu. En ce sens, sa demande a été rejetée, même si le résultat a été conforme à ce qu'elle souhaitait.

[Texte]

In that case, the judge authorized a named physician, if that physician chose, to take an initiative to terminate life support. In that sense, I think the issue would be one of discretion on the part of the medical profession, but no duty on the part of anyone, physician or non-physician, to take a positive initiative to end life; it would be merely a legal authorization for those who wanted to undertake it.

I would also point out that one of the conditions imposed by the Chief Justice was that any authorization endure only for 31 days, so that if an initiative was not taken in that period, there would have to be new process to see whether the individual had changed his or her mind. This is a carefully guarded provision.

The orientation of my recommendation is not that patients be given any right to die, but that discretions be created on the part of those who feel it moral to undertake that initiative. It is authorization, not duty.

The Chairman: May I just clarify that, Professor Dickens? Are you saying that she was not granted the right to die or to choose to die? She was not given the right to make that choice? What was she given?

Mr. Dickens: She sought a mandatory order that the Hotel Dieu be ordered to withdraw life support. That was not granted. The judge did, however, authorize her named attending physician to comfort her were the ventilator to be withdrawn. That is what happened. However, it did not follow any order on the part of the court.

The Chairman: Was not the essence of it the fact that the court recognized that she had the right to make that choice, but it was simply saying it would not make a mandatory order against the hospital or a particular doctor, as such, to carry out her wishes?

Mr. Dickens: The court expressed it in negative terms saying that, like any patient, she was entitled to refuse treatment she did not want. The treatment, of course, was maintenance on the ventilator. However, the court did not say that she could order the hospital to withdraw the ventilator. This was obviously an inference of the judgment, and what transpired after the judgment was everything that Nancy B intended. The wording of the judgment was very selective.

Senator Keon: Professor Dickens, do you, as an individual, believe that we in Canada, as a society, have an obligation to change the legislation and provide people with the right to procure assisted suicide or euthanasia, or whatever terminology we finally settle on?

Mr. Dickens: Yes, I do. I think our duty is to minimize the tendencies people may have to consider their lives not worth living. I am satisfied, however, that palliative care has limits. Palliative care may control physical pain, but there can be conditions of moral anguish that make an individual feel that continued living is not appropriate.

[Translation]

Dans cette affaire, le juge a nommé autorisé un médecin à prendre l'initiative, s'il le souhaitait, de mettre fin aux aides artificielles qui maintenaient en vie la requérante. Envisagé sous cet angle, cela revient plutôt à accorder un certain pouvoir à la profession médicale, sans imposer à quiconque, qu'il soit médecin ou non, l'obligation de prendre une initiative positive visant à provoquer la mort; il s'agit simplement d'autoriser légalement les personnes qui le souhaitent à prendre une certaine initiative.

Je ferai également remarquer que le juge en chef prévoit, à titre de condition, que l'autorisation n'est valable que pour 31 jours, de sorte que si aucune initiative n'est prise dans ce délai, il faut présenter une nouvelle demande qui permet de vérifier si la personne concernée a changé d'idée ou non. C'est une disposition soigneusement rédigée.

Ma recommandation ne vise pas à accorder aux patients le droit de mourir mais plutôt d'accorder le pouvoir de le faire à ceux qui pensent qu'une telle initiative est morale. Il s'agit d'une autorisation et non pas d'une obligation.

La présidente: Puis-je vous demander de préciser cela, monsieur Dickens? D'après vous, le tribunal ne lui a pas accordé le droit de mourir ou de décider de mourir? Elle n'a pas obtenu le droit de faire ce choix? Que lui a-t-on accordé alors?

M. Dickens: Elle demandait au tribunal d'ordonner à l'Hôtel Dieu de lui retirer les aides artificielles qui la maintenaient en vie. Le tribunal s'y est refusé. Le juge a toutefois autorisé son médecin traitant à adoucir ses souffrances au cas où l'on débrancherait le respirateur. C'est ce qui s'est produit. Cependant, le tribunal ne l'avait pas ordonné.

La présidente: L'essentiel de cette décision n'est-il pas que le tribunal a reconnu qu'elle avait le droit d'effectuer ce choix mais qu'il s'est simplement refusé à ordonner à l'hôpital ou à un docteur en particulier d'exaucer ses souhaits?

M. Dickens: Le tribunal s'est exprimé de façon négative en disant que, comme n'importe quel patient, elle avait le droit de refuser un traitement qu'elle ne souhaitait pas recevoir. Le traitement était dans ce cas le maintien en vie grâce à un respirateur. Cependant, le tribunal n'a pas déclaré qu'elle pouvait obliger l'hôpital à retirer cet appareil. Bien évidemment, c'est ce qui découlait du jugement et ce qui a suivi était conforme aux souhaits de Nancy B. Le jugement a été rédigé très soigneusement.

Le sénateur Keon: Monsieur Dickens pensez-vous personnellement que le Canada doit modifier ces dispositions et accorder à ses citoyens le droit au suicide assisté ou à l'euthanasie, peu importe la terminologie choisie?

M. Dickens: Oui, je le pense. Il est de notre devoir de tenter d'éviter que les gens considèrent que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Je suis toutefois convaincu que les soins palliatifs ont des limites. Les soins palliatifs peuvent réduire les souffrances physiques mais il existe des souffrances morales qui peuvent amener une personne à penser qu'il n'est pas utile de continuer à vivre.

[Text]

I would tend to narrow this, too, to medically indicated conditions. However, I do feel that the law ought to offer more to Sue Rodriguez than it did and should not leave her in the position in which, to realize her goals at the end of her life, she had to jeopardize those who came to the aid that she sought, by leaving them vulnerable to criminal prosecution. That is, I am satisfied that the minority judges in the *Rodriguez* case had drawn the sort of contrast between protection of the vulnerable and the relief of excessive burdens on Sue Rodriguez in an appropriate way.

I might mention that two of the dissenting judges felt that the conditions established by the Chief Justice were excessive, saying that we already have the prohibition of counselling suicide and, of course, we have all of the law of murder. They, that is, Madam Justice McLachlin with the support of Madam Justice L'Heureux-Dubé, said that Sue Rodriguez should not be exposed to this distress for fear that other people in other circumstances would violate the criminal law.

Senator Lavoie-Roux: If I understood you well, it would have to be the finding that a person is terminally ill. It may be difficult to determine if a person is terminally ill, because there is always an area of uncertainty about when a person might die or how much longer she might live. I suppose the condition that Chief Justice Lamer put down would only involve cases of terminally ill people. Is that true? Otherwise it would be dangerous. We cannot help people to commit suicide just because they are fed up with living.

Mr. Dickens: The Chief Justice quite properly confined his judgment to the case in front of him and proposed that, for example, the Criminal Code prohibition be maintained for 12 months, but that Sue Rodriguez be accommodated within that time. That issue was to be opened up for further consideration.

My proposal is not limited to terminal cases, because of the uncertainty of defining what a terminal case is. I would expect that, under the court process which the Chief Justice proposed, there would be a testing of whether there were more benign alternatives open to the applicant for assistance in suicide or for the imposition of death. I would be surprised if courts were to be sympathetic in cases where patients were not medically terminal.

However, to say in any definitive way that only those cases would be accommodated might be to require the legislature to define a terminal condition in a way that would be amenable to different interpretations.

Senator Lavoie-Roux: Is it your feeling that it would better to have it defined in those terms? If I understand you well, you say that it should not be limited only to people who are terminally ill, because of the difficulty of defining what terminal illness is. So what does it imply? Does it imply that it could apply to people who are not terminally ill?

[Traduction]

J'aurais tendance à limiter cette possibilité par le recours à des critères médicaux. Néanmoins, je pense que le droit aurait dû offrir d'autres possibilités à Sue Rodriguez et elle n'aurait pas dû se trouver dans une position où, pour atteindre les buts qu'elle s'était fixés à la fin de sa vie, elle devait mettre en danger ceux qui sont venus l'aider comme elle le souhaitait, puisqu'ils pouvaient faire l'objet de poursuites pénales. J'estime en effet que les juges minoritaires de l'arrêt *Rodriguez* ont réussi à concilier la protection des personnes vulnérables et la nécessité d'éviter le genre de fardeau imposé à Sue Rodriguez.

Je tiens à mentionner que deux des juges dissidents pensaient que les conditions fixées par le juge en chef étaient trop sévères, en signalant que le fait de conseiller le suicide était déjà prohibé et qu'il y avait toujours les règles applicables en matière de meurtre. Ces juges ont déclaré, c'est-à-dire madame la juge McLachlin avec l'appui de madame la juge L'Heureux-Dubé, qu'on ne devait pas imposer à Sue Rodriguez un tel fardeau pour la seule raison que des gens pourraient dans d'autres circonstances violer le droit pénal.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si j'ai bien compris, il faudrait d'abord déterminer que la personne est en phase terminale. Cela n'est pas toujours évident, parce qu'il est difficile de savoir avec certitude à quel moment une personne risque de mourir ou combien de temps elle peut encore vivre. Je suppose que la proposition du juge en chef Lamer s'applique uniquement au cas des malades en phase terminale. Est-ce bien exact? S'il en allait autrement, ce serait dangereux. Nous ne pouvons pas aider les gens à se suicider pour la seule raison qu'ils en ont assez de vivre.

M. Dickens: Le juge en chef a, à juste titre, limité son jugement aux faits de l'espèce et proposé que, par exemple, l'on maintienne l'interdiction du Code criminel pendant une période de 12 mois mais que l'on accède à la demande de Sue Rodriguez entre-temps. Il a considéré que cette question devait faire l'objet d'un examen approfondi.

Ma proposition ne se limite pas aux malades en phase terminale, parce qu'il est très difficile de définir cette notion. Selon le processus judiciaire proposé par le juge en chef, le tribunal serait certainement amené à examiner les possibilités offertes aux personnes qui demandent un suicide assisté ou l'infliction de la mort. Je serais surpris que les tribunaux donnent suite à des demandes émanant de patients qui ne seraient pas en phase terminale.

Cependant, si l'on voulait limiter ce mécanisme à ces seuls cas, il faudrait que le législateur définisse ce qui constitue une phase terminale et cela ouvrirait la porte à des divergences d'interprétation.

Le sénateur Lavoie-Roux: Pensez-vous qu'il serait préférable de définir la chose de cette façon? Si j'ai bien compris, vous pensez qu'il ne faudrait pas accorder cette possibilité aux seules personnes en phase terminale, parce qu'il est très difficile de définir ce qu'est une phase terminale. Quels pourraient être les effets d'un tel mécanisme? Pourrait-il être utilisé par des personnes qui ne sont pas en phase terminale?

[Texte]

Mr. Dickens: I would not exclude that, but I would be surprised if courts were to be sympathetic in those circumstances. That is, if non-terminal people were to make an application, then the court would have grounds to question competence.

At the risk of elaborating too far, California proposed natural death legislation saying that this was available to patients in a terminal condition, which it defined as a condition in which death was inevitable within 14 days.

Subsequently, the courts in the United States have found that patients whose death was predictable within 12 months were in a terminal condition. Another state introduced legislation saying that natural death could be tolerated after an application that would have a waiting period of 14 days.

So it is clear that, whether one measures in days or months or by any mechanical measure what is a terminal condition, one is treading on indefensible ground.

Senator Lavoie-Roux: My second question involves your comment at the top of page 3. You said that the five majority judges, after Chief Justice Lamer proposed guidelines to accommodate medically assisted suicide, found them insufficient to guard against abuse.

Am I wrong in thinking that you said it would protect against abuse. These five other judges found them insufficient to guard against abuse. Do you know why they found them insufficient to guard against abuse?

Mr. Dickens: No, it was an intuitive conclusion, much the same as my conclusion that the mechanism proposed by the Chief Justice is adequate.

The equation that I make is between the mechanism of a court hearing proposed by the Chief Justice and the series of cases we have already experienced in which courts have found that individuals could be subject to processes in consequence of which they would die, when, otherwise, they could live.

Senator Lavoie-Roux: Am I right in thinking that this whole area is a grey area, whether we try to define guidelines or try to define "terminally ill" or determine what a vulnerable case is, for that matter? We are still in grey areas that have to be worked through much more thoroughly than we might think right now.

Mr. Dickens: Yes, it is clear that there is always a risk in decision-making that one may decide incorrectly. There is also a difficulty in definition of terms. What the Chief Justice proposed and what we have experienced in a sequence of cases in Canada is a process. That is, a process of hearing before a court, perhaps with the rules of evidence somewhat relaxed, with the possibility of appeals, although, because the decision would be on facts, appeals, which tend to be limited to points of law, would be unlikely. One would not need too many decisions going to higher courts before one would have a fairly clear sense of the conditions in which judges could approve.

[Translation]

M. Dickens: Je n'exclurai pas cette possibilité mais je serais surpris que les tribunaux donnent suite à une demande dans ce genre de circonstances. Je pense que le tribunal aurait des motifs de douter de la lucidité de la personne qui présenterait ce genre de demande sans être en phase terminale.

Au risque de trop aller dans les détails, je signalerai néanmoins que la Californie a proposé une loi sur la mort naturelle en disant que seuls les malades en phase terminale, qui est définie comme étant l'état d'un malade qui va inévitablement mourir dans moins de 14 jours, peuvent présenter ce genre de demande.

Par la suite, les tribunaux américains ont déclaré que les malades qui risquaient de mourir dans un délai de 12 mois étaient en phase terminale. Un autre État a adopté une loi disant que la mort naturelle était acceptable après l'expiration d'une période de 14 jours suivant la présentation d'une demande.

Manifestement, que l'on mesure en jours, en mois ou selon un autre moyen ce qui constitue la phase terminale, il n'existe aucun critère permettant de définir cette notion.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ma deuxième question concerne le commentaire qui se trouve en haut de la page 3. Vous dites que les cinq juges de la majorité ont examiné les lignes directrices proposées par le juge en chef Lamer pour autoriser le suicide assisté et qu'ils ont trouvé que ces directives ne permettraient pas d'éviter les abus.

Si j'ai bien compris, vous avez déclaré que cela permettrait d'éviter les abus. Ces cinq juges considèrent que ces lignes directrices ne le permettent pas. Savez-vous pourquoi ces juges ont estimé que ces directives étaient insuffisantes pour éviter les abus?

M. Dickens: Non, c'est une conclusion intuitive, tout comme celle qui m'a amené à penser que le mécanisme proposé par le juge en chef était approprié.

J'établis une distinction entre le mécanisme judiciaire proposé par le juge en chef et toutes les séries d'affaires dans lesquelles les tribunaux ont jugé que des personnes pouvaient être autorisées à faire l'objet d'une action entraînant leur mort, alors que, dans le cas contraire, elles auraient vécu.

Le sénateur Lavoie-Roux: Est-il vrai que toute cette question constitue une zone grise, qu'il s'agisse de définir des lignes directrices, de définir ce qu'est «la phase terminale» ou même de déterminer qu'une personne est vulnérable? Il existe des zones grises qui doivent être examinées de façon beaucoup plus approfondie que nous ne le pensons maintenant.

M. Dickens: Oui, il est évident que, lorsqu'on prend une décision, on risque de prendre une mauvaise décision. Il y a également la difficulté que pose la définition de ces termes. Le juge en chef a proposé que l'on adopte une procédure et c'est ce qui ressort des affaires qui ont été entendues au Canada dans ce domaine. Cette procédure prendrait la forme d'une audience devant un tribunal, combinée peut-être avec un assouplissement des règles de preuve, avec la possibilité d'appel. Il serait néanmoins peu probable que l'on interjette appel dans ce genre de cas puisque la décision serait prise en fonction des faits alors que l'appel doit porter sur des questions de droit. Il est probable que

[Text]

Senator Lavoie-Roux: We might have a few accidents before we had the right measures.

Mr. Dickens: Accidents go both ways. Some may conclude that the Supreme Court majority decision in the *Rodriguez* case was an accident.

Senator DeWare: Do we have any idea of the number of cases like the *Nancy B* and the *Rodriguez* cases?

Mr. Dickens: We do not know the number because of an uncertainty of definition. We cannot count because we are not certain of what we are counting. It is clear that a number of people in terminal stages of AIDS die with assistance. This is something of which we are aware, but we do not know the number of these cases.

Senator DeWare: Senior citizens' organizations in the country are concerned about legalizing assisted suicide. Because of the cost of our health care system and the impression that nursing home beds are relatively scarce, they regard assisted suicide as perhaps a method by which some lives might be terminated before they should be — in other words, what we call abuse. How can we avoid the abuse of people who are vulnerable, if we legalize assisted suicide?

Mr. Dickens: The proposal is that we trust to courts to probe applicants. Clearly, the mechanism proposed by the Chief Justice would exclude anyone who was not found intellectually competent from making the application. The application would not be made by family members but by individuals themselves, whom the judges themselves could interview.

Senator DeWare: Are you saying that everyone who wants assisted suicide has to apply to make it legal?

Mr. Dickens: Yes. That is the proposal of the Chief Justice that I am urging be sympathetically viewed. There would have to be a clearer assessment. We are moving through legislation to the accommodation of what is described as living wills or advanced medical directives. Those can be made by people while competent and they would govern their destiny when they are no longer competent. The protections of living wills are not as exacting as those proposed by the Chief Justice in the *Rodriguez* case. If individuals, under who knows what pressure, did not want certain expensive medical procedures undertaken, those documents would have full legal effect under the legislation, for example, enacted though not yet proclaimed in Ontario. The mechanism proposed by the Chief Justice is more demanding than that and therefore offers better protection.

The Chairman: May I follow up on that comment. I am thinking of the opposite scenario. I understand how important it is to ensure that an application is heard by someone in whom the public would have trust and who could make the right decision. Assuming we had such a law, there are many people, in homes or

[Traduction]

les cours d'appel seraient amenées à préciser rapidement les conditions permettant à un juge d'autoriser ce genre de demande.

Le sénateur Lavoie-Roux: Nous risquerions de commettre quelques erreurs avant de trouver la bonne mesure.

M. Dickens: Il est possible de se tromper dans les deux sens. D'après certains, la décision majoritaire de la Cour suprême dans l'affaire *Rodriguez* est une erreur.

Le sénateur DeWare: Avez-vous une idée du nombre de cas qui ressemblent aux affaires *Nancy B.* et *Rodriguez*?

M. Dickens: Il est impossible de donner un chiffre à cause des problèmes de définition. Nous ne pouvons compter parce que nous ne savons pas très bien ce que nous comptons. Il est évident qu'il y a des personnes qui souffrent du sida, qui sont en phase terminale et qui meurent avec l'aide d'autres personnes. Cela nous le savons mais nous ne savons pas combien il y en a.

Le sénateur DeWare: Il y a au Canada des organismes de personnes du troisième âge que la légalisation du suicide assisté inquiète. Avec les coûts qu'entraîne notre système de soins de santé et l'insuffisance, réelle ou apparente, du nombre des lits dans les foyers d'hébergement, ces personnes considèrent que le suicide assisté introduit le risque que l'on abrège la vie de certaines personnes — en d'autres termes, un risque d'abus. Comment pourrions-nous protéger les personnes vulnérables si nous légalisons le suicide assisté?

M. Dickens: Avec cette proposition, nous confions aux tribunaux le soin de vérifier le bien-fondé des demandes. Il est évident qu'avec le mécanisme proposé par le juge en chef, les personnes qui n'ont pas toutes leurs facultés ne pourraient présenter de demande. Ce ne serait pas la famille mais les personnes elles-mêmes qui présenteraient cette demande et les juges pourraient les interroger.

Le sénateur DeWare: Tous ceux qui veulent un suicide assisté auraient alors à présenter une demande pour que cela soit légal?

M. Dickens: Oui. C'est ce que propose le juge en chef et je vous invite vivement à examiner cela sérieusement. Il faudrait procéder à une évaluation plus précise. La tendance législative vise à donner effet à ce que l'on appelle les testaments biologiques ou les instructions médicales préalables. Ces lois autorisent les gens à faire ce genre de testament pendant qu'ils sont lucides et le testament prend effet lorsque le malade perd ses facultés. Les conditions dont sont assortis les testaments biologiques ne sont pas aussi restrictives que celles que propose le juge en chef dans l'arrêt *Rodriguez*. Si une personne, sous l'effet de certaines pressions, ne souhaite pas que l'on utilise à son égard des procédés médicaux coûteux, ces documents doivent recevoir plein effet en vertu de ces lois, par exemple, celle adoptée par l'Ontario mais qui n'est pas encore entrée en vigueur. Le mécanisme proposé par le juge en chef est plus exigeant que cela et offre donc une meilleure protection.

La présidente: J'aimerais poursuivre sur ce sujet. Je pensais au cas contraire. Je comprends toute l'importance de veiller à ce que la demande soit entendue par une personne en qui le public a confiance et qui pourra prendre la décision appropriée. Dans l'hypothèse où une telle loi existerait, il y a beaucoup de gens, qui

[Texte]

in hospitals, who would not have the knowledge or the advice. If they wanted to end their lives, they might not have the money or the time, given the way our court system works these days, to make the application. On its face it seems the proper way to go, but on the other hand I cannot imagine the courts being clogged with these cases. Is that the most practical way of doing it? If we were to go that way, is there some sort of other mechanism that could be used?

Senator DeWare: If it takes six months to make the decision, we are in trouble.

Mr. Dickens: It may be that it is a decision that does not necessarily have to be rushed, although if the courts are concerned with terminal cases they would want to be as sensitive as the Supreme Court was in the *Rodriguez* case to ensure that their decision was within her anticipated life span so that a decision if favourable would still be meaningful.

The courts can move quickly. Again, I apologize for introducing the abortion analogy, but in the Supreme Court decision in *Tremblay v. Daigle* the courts held themselves available to hear the case quite literally within a few hour's notice.

One does not anticipate a flood of cases. There may indeed be the fault you identified in this proposal, that it is a vehicle for the competent and not for the incompetent. It could be that individuals are compromised in their comfort in going to court with all the legal process that entails, although one might anticipate that some activist groups that are sympathetic — Death with Dignity, dying with dignity groups — might offer services so that individuals who wanted to contact courts were facilitated to do so.

Again, not every province has a legal aid plan, but this is something that could be undertaken. It would under this recommendation be for provinces to decide which level of court was to be approached. The recommendation of the Chief Justice was that it be a superior court. That was the case in the *Nancy B.* instance in which the judge convened a court in her hospital room. A province might choose to establish judges to be available, as they are now in cases of medical care of children whose parents refuse care, to hold hearings quite quickly.

I mentioned the prospect of using family court judges, who in bigger population centres tend to be available on a rotation basis within a very short time. If, for example, a child is born with severe damage and the parents refuse medical treatment that physicians consider is indicated, they can trigger a family court hearing under child protection laws within half an hour. That might not be the urgency that cases of this nature warrant, but access to the courts and promptness of court response need not be problematic.

[Translation]

se trouvent dans des hôpitaux ou des foyers d'hébergement, qui n'auraient pas les connaissances leur permettant de l'utiliser, ni l'accès à des conseils pour le faire. S'ils voulaient mettre fin à leurs jours, ils n'auraient peut-être pas le temps ou l'argent, compte tenu de la façon dont fonctionne notre système judiciaire, pour présenter cette demande. Cela semble à première vue une bonne solution mais je ne voudrais pas non plus que les tribunaux soient ensevelis sous ce genre d'affaire. Est-ce bien la façon la plus pratique d'y parvenir? Si l'on adoptait une solution de ce type, pourrait-on utiliser un autre mécanisme?

Le sénateur DeWare: Si l'on doit attendre six mois pour obtenir une décision, cela risque de causer des problèmes.

M. Dickens: C'est peut-être un genre de décision qu'il n'est pas nécessaire de prendre à la hâte, bien que les tribunaux saisis d'une demande émanant d'un malade en phase terminale seront certainement prêts à faire preuve d'autant de sensibilité que la Cour suprême l'a fait dans l'affaire *Rodriguez* pour que leur décision soit rendue avant que ne s'écoule la période de survie prévue, de sorte qu'une décision favorable puisse être suivie d'effet.

Les tribunaux peuvent agir rapidement. Là encore, je m'excuse de faire la comparaison avec l'avortement mais dans l'arrêt *Tremblay v. Daigle* prononcé par la Cour suprême, les tribunaux ont déclaré qu'ils étaient prêts à entendre l'affaire à quelques heures d'avis.

On ne prévoit pas un déluge d'affaires de ce genre. Cette proposition comprend peut-être une lacune que vous avez cernée, à savoir que seules les personnes lucides pourraient y avoir recours. Il est possible qu'il soit pénible à certaines personnes d'avoir à aller devant les tribunaux et d'utiliser une procédure judiciaire avec toutes les complications que cela pourrait entraîner, même si l'on peut prévoir que certains groupes favorables à cette option — les groupes qui défendent le droit de mourir dignement — pourraient offrir leurs services à ces personnes et leur faciliter les démarches judiciaires.

Là encore, il est vrai que toutes les provinces n'ont pas mis sur pied un système d'aide juridique mais l'on pourrait y remédier. Cette recommandation prévoit que le choix du tribunal compétent reviendrait aux provinces. Le juge en chef recommandait la cour supérieure. C'est la cour qui a été saisie de l'affaire *Nancy B.*, et le juge a réuni la cour dans la chambre d'hôpital de la requérante. Les provinces pourraient décider de nommer des juges, comme c'est le cas à l'heure actuelle lorsqu'il s'agit de donner à un enfant des soins médicaux que les parents refusent d'autoriser, qui pourraient tenir des audiences très rapidement.

J'ai mentionné la possibilité d'avoir recours aux juges des tribunaux de la famille qui, dans les grands centres urbains, sont en mesure, par roulement, de siéger très rapidement. Lorsque, par exemple, un enfant naît avec une malformation grave et que les parents refusent le traitement que conseillent les médecins, ceux-ci peuvent, en vertu des lois sur la protection de l'enfance, demander une audience du tribunal de la famille dans la demi-heure qui suit. Les affaires qui nous occupent ne sont peut-être pas aussi urgentes mais la question de l'accès aux tribunaux et de leur célérité ne me paraît pas insoluble.

[Text]

The Chairman: I was not thinking in terms of competent versus incompetent, I was thinking of, say, many new Canadians from different lands who are simply ignorant of our laws and what is available to them.

Senator Corbin: Do you believe that it is the business of a physician to be involved in death? How do you reconcile that role with the oath to sustain life?

Mr. Dickens: The argument of so-called vitalism, life at any cost, is an argument that has come under severe scrutiny. This is a noble commitment of physicians, but the courts have made it clear, for example, in *Malette v. Shulman* that patients are entitled to risk death on their terms rather than be compelled to suffer the distress of survival in accordance with their physicians' terms.

We are recognizing a variety of areas of medical treatment in which physicians undertake the deployment of technologies, but take the goals of treatment from their patients. Indeed this is the whole thrust in the Supreme Court decision in *Reibl v. Hughes* on informed consent, saying that patients have control over the decisions that affect them. The role of physicians is to find medical means and offer medical opportunity so that patients can realize their preferences and destinies, not their physicians' preferences. To the extent that physicians feel they cannot be involved in these procedures, then they clearly would be entitled not to be involved. The recommendation is that they should have no legal duties and face no legal liabilities if they choose not to be involved in this treatment.

The courts have made it clear that physicians have multiple obligations to patients not only to maintain the fact of their lives but also to serve the quality of their lives. If some patients would prefer that their lives end earlier rather than later, then they are entitled to that choice and entitled to medical assistance from those who choose to give it.

Senator Beaudoin: I should like to go back to the philosophy behind the reasoning of the Chief Justice. If I am not mistaken, I understand that his argument is that an ordinary person who is competent and who is capable may commit suicide; another person who is handicapped cannot commit suicide alone; in the name of equality before the law, however, that person may, if that person is assisted, commit suicide.

In your opinion does this mean that there is such an opinion as the right to suicide? It is not stated anywhere if there is such a thing as the right to commit suicide. On the one hand, if there is a right, then on the other hand there is a corresponding obligation to cooperate. We always say in French law: where there is a right, there is an obligation. Is this the philosophy behind this reasoning, or is there another one?

Mr. Dickens: It does not go quite that far. It is clear that the dissenting judges in *Rodriguez* recognized a capacity for rational suicide. This is something that we are still struggling with at other levels. We are quite familiar, for example, with coroners' juries recording a verdict of suicide while the balance of the

[Traduction]

La présidente: Je ne pensais pas à la question de la lucidité du malade mais plutôt au fait qu'il y a beaucoup de nouveaux Canadiens qui ne connaissent pas nos lois, ni les possibilités qui leur sont offertes.

Le sénateur Corbin: Croyez-vous que les médecins doivent s'occuper de la mort? Comment concilier ce rôle et le serment qu'ils ont prêté de préserver la vie?

M. Dickens: Le principe que l'on a appelé le vitalisme, la vie à n'importe quel prix, a récemment fait l'objet de commentaires critiques. C'est un engagement très noble mais les tribunaux ont clairement indiqué, par exemple, dans l'arrêt *Malette v. Shulman*, que les malades ont le droit de risquer la mort s'ils le souhaitent et ne sont pas tenus de survivre dans la souffrance comme le voudrait leur médecin.

Il existe divers secteurs de la médecine où les médecins choisissent d'utiliser de nouvelles technologies mais où les malades ne sont plus maîtres du traitement qu'on leur fait subir. C'est en fait ce qu'indique l'arrêt de la Cour suprême *Reibl c. Hughes* qui porte sur le consentement éclairé et dans lequel la cour déclare que les patients doivent être maîtres des décisions qui les concernent. Les médecins ont pour rôle d'offrir à leurs patients les possibilités qu'offre la science médicale pour que ces derniers puissent vivre comme ils l'entendent et non pas comme le souhaite leur médecin. Si un médecin décide de ne pas participer à ce genre de chose, il est évident qu'il ne serait pas tenu de le faire. D'après cette recommandation, les médecins n'auraient aucune obligation juridique et n'encourraient aucune responsabilité s'ils décidaient de ne pas participer à ce traitement.

Les tribunaux ont clairement indiqué que les médecins ont plusieurs obligations envers leurs malades, non seulement de les maintenir en vie mais également de protéger la qualité de leur vie. Si certains malades préfèrent vivre moins longtemps, ils ont le droit de faire ce choix et celui de recevoir l'assistance d'un médecin qui est disposé à la leur accorder.

Le sénateur Beaudoin: J'aimerais revenir au principe qui sous-tend le raisonnement du juge en chef. Si je ne m'abuse, son raisonnement consiste à dire qu'une personne ordinaire, lucide et capable de se donner la mort peut le faire; la personne handicapée ne peut se suicider seule; au nom de l'égalité devant la loi, cette personne peut, avec l'aide d'une autre, se donner la mort.

D'après vous, cela veut-il dire qu'il existe un droit au suicide? Il n'est indiqué nulle part qu'il existe un tel droit au suicide. D'un côté, lorsqu'il y a un droit, il doit, de l'autre, exister une obligation correspondante. En droit français, lorsqu'il y a un droit, celui-ci s'accompagne nécessairement d'une obligation. Est-ce bien là le principe qui sous-tend ce raisonnement ou y en a-t-il un autre?

M. Dickens: Cela ne va pas aussi loin. Il est clair que les juges dissidents dans l'arrêt *Rodriguez* reconnaissent la possibilité qu'une personne puisse rationnellement décider de se donner la mort. À d'autres niveaux, cela n'est pas aussi clair. Nous savons bien, par exemple, que les jurys des cours de coroner concluent

[Texte]

mind was disturbed. We have tended to suppose that the urge to end one's life is psychopathological.

It is clear that Sue Rodriguez presented us with a scenario in which a person rationally, not to everyone's satisfaction but to hers, decided that she wanted to end her life before the ultimate distress of her condition.

The Chief Justice addressed the point that, since suicide itself was decriminalized in 1972, it was available to those with the capacity to end their lives. Those who lacked that physical capacity were compromised and in that sense suffered a discrimination on the grounds of disability, which the Charter condemns in section 15(1). To that extent the Chief Justice said that, since physically able people can end their lives, physically disabled people should not be at disadvantage.

The question of the right is jurisprudentially interesting. The Ontario Court of Appeal in *Malette v. Shulman* awarded \$20,000 damages for battery against the physician who took an intervention by transfusion that may have saved the patient's life. Mrs. Malette was recognized to have the right to resist a lifesaving intervention. The physician who undertook it was held legally liable. That is, he had a duty not to take that step to save her life.

I am not for a minute suggesting that Jehovah's Witnesses are people who want to die. Their intention in refusing blood transfusions is not to die, because they do not expect to die; but they are willing to risk death, to end their life on this earth, because of their views regarding afterlife.

I am not for a minute suggesting that Jehovah's Witnesses are analogous to Sue Rodriguez. If a person wants to die, the person can resist life-preserving interventions and has a right to resist those interventions, but does not have a right to have someone take a step to assist suicide or to end life. There is no part of my proposal that any such right be recognized.

Senator Beaudoin: In other words, the fact that it is decriminalized does not mean that it becomes an individual right in law.

Mr. Dickens: Yes; exactly.

Senator Beaudoin: And the Chief Justice did not say that.

Mr. Dickens: No. He said that if his proposal of a court hearing was implemented, then there could be acceptance that the assistance rendered to a person intending suicide would not be in breach of the Criminal Code.

[Translation]

fréquemment qu'il y a eu suicide à un moment où la victime n'avait pas toutes ses facultés mentales. Nous avons tendance à penser que le désir de se donner la mort est psychopathologique.

Manifestement, Sue Rodriguez illustre le cas où une personne décide de façon rationnelle, pas avec l'accord de tous mais avec le sien, d'abrégé sa vie avant que son état n'empire.

Le juge en chef a fait remarquer que le suicide ayant été décriminalisé en 1972, les personnes ayant la capacité de mettre fin à leurs jours peuvent se donner la mort. Ceux qui n'ont pas cette capacité physique subissent un préjudice et dans ce sens, font l'objet de discrimination en raison de leur incapacité, ce que la Charte condamne en son paragraphe 15(1). Le juge en chef a ainsi déclaré que, puisque les personnes qui en sont capables physiquement peuvent se donner la mort, les personnes qui, en raison d'un handicap, ne le peuvent se trouvent dans une situation défavorisée.

La façon dont la jurisprudence a abordé ce droit est intéressante. La Cour d'appel de l'Ontario a, dans l'arrêt *Malette v. Shulman*, condamné un médecin à verser 20 000 \$ de dommages et intérêts pour voies de fait parce qu'il avait décidé de procéder à une transfusion qui a peut-être sauvé la vie de son malade. La cour a reconnu à M^{me} Malette le droit de refuser une intervention qui lui sauvait la vie. La cour a retenu la responsabilité du médecin qui avait effectué cette intervention. Il ne devait pas effectuer cette intervention, même pour sauver une vie.

Il ne faudrait pas croire que je laisse entendre que les témoins de Jéhovah veulent tous mourir. S'ils refusent les transfusions sanguines, ce n'est pas parce qu'ils veulent mourir, parce qu'ils ne pensent pas qu'ils vont mourir; ils sont prêts à risquer la mort, à mettre fin à leur vie sur terre, en raison des croyances qu'ils entretiennent au sujet de la vie après la mort.

Je ne voudrais pas que vous croyez que je pense que le cas des témoins de Jéhovah est comparable à celui de Sue Rodriguez. Si une personne veut mourir, elle peut refuser les interventions qui auraient pour effet de la maintenir en vie et elle a le droit de s'opposer à ces interventions; elle n'a toutefois pas le droit d'obliger quelqu'un d'autre à l'aider à se suicider ou à mettre fin à ses jours. Ma proposition ne prévoit aucunement la reconnaissance d'un tel droit.

Le sénateur Beaudoin: En d'autres termes, le fait que cela ne soit plus un crime ne veut pas dire que cela est devenu un droit.

M. Dickens: Oui, exactement.

Le sénateur Beaudoin: Et le juge en chef n'a pas dit cela.

M. Dickens: Non. Il a déclaré que, si l'on mettait en oeuvre sa proposition consistant à prévoir une audience devant un tribunal, il serait alors possible de reconnaître que les actes de la personne qui aide celle qui veut se suicider ne sont pas contraires au Code criminel.

[Text]

The issue of striking down the Criminal Code was very actively before the court because of the abortion analogy. The court was conscious that in the 1988 Morgentaler decision it did declare a provision of the Criminal Code inoperative. The majority judges upheld the existing code. The minority took somewhat different views about whether the existing law should be struck down. Two of the dissenting judges felt that it should be struck down, but that did not include the Chief Justice. He was finding a middle ground to uphold the existing prohibition, but to accommodate exceptions within the prevailing law.

Senator Beaudoin: You are perhaps dissenting yourself, but in another way. If you had to rule on the *Rodriguez* case, your conclusion would be the one that you suggested.

Mr. Dickens: I would concur respectfully with the judgment of the Chief Justice, but have the Criminal Code amended in ways that would follow from that decision.

The Chairman: I am a little concerned, and maybe I am confused, about what I have heard from time to time tonight and previously about the philosophical saying that, where there is a right, there is a corresponding duty. Some people seem to interpret that as, "If I have a right to do something or have something done, you have a duty to perform it."

I do not think that that is what it is all about. However, I stand to be corrected. If I have a right, I feel that there is a corresponding duty on me to recognize that same right in other people. It is not to impose on other people a duty to do what I conceive to be a right for me.

Senator Beaudoin: But he said that the Chief Justice did not go that far.

The Chairman: No, he did not. But that has been worrying some people, thinking that if you granted a right to people to be assisted in suicide some other person would have a duty to assist them. I do not think that is correct. I do not think that is what you have been saying, is it?

Mr. Dickens: No. The only rights that one has at the moment are the rights already recognized to refuse forms of unwanted intervention, for example, blood transfusions. But the reasoning has to be approached from the other direction — not that you have a right, therefore others have duties, but that only where others have duties do you have rights.

The analogy that I often use is that if I see a child misbehaving I have not authority to slap the child by way of discipline. The child has a right not to be struck by me. I have a duty not to strike the child. However, if the child is mine and I do have parental authority of reasonable discipline, then I can strike the child within a legal limit. In that sense, the child has no right not to be disciplined by me, and I have no duty not to discipline the child.

It is not that an individual has rights and therefore others have duties, but that only where others have duties do rights exist.

[Traduction]

La question de la constitutionnalité des dispositions du Code criminel en jeu a été soulevée devant le tribunal, à cause de l'analogie avec l'avortement. La cour savait que, dans sa décision de 1988 dans l'affaire Morgentaler, elle avait déclaré qu'une disposition du Code criminel était inopérante. Les juges majoritaires ont maintenu la validité du code. Les juges minoritaires entretenaient des opinions différentes sur la validité des dispositions en vigueur. Deux des juges dissidents pensaient qu'elle devait être invalidée mais pas le juge en chef. Il a choisi une voie moyenne qui consistait à maintenir l'interdiction en vigueur, tout en permettant l'introduction de certaines exceptions.

Le sénateur Beaudoin: Vous êtes peut-être vous-même dissident mais d'une autre façon. Si vous deviez juger l'affaire *Rodriguez*, votre conclusion serait celle que vous avez indiquée.

M. Dickens: Je souscrirais respectueusement au jugement du juge en chef mais ferais modifier le Code criminel en conséquence.

La présidente: Ce que j'ai entendu ce soir et auparavant au sujet du principe voulant que, lorsqu'il y a un droit, il existe une obligation correspondante, me préoccupe un peu et j'ai peut-être mal compris. Il y a des gens qui interprètent cela comme si l'on disait «Si j'ai le droit de faire quelque chose ou qu'on me fasse quelque chose, l'autre a l'obligation de le faire.»

Je ne pense pas qu'il s'agisse là de la question essentielle. Je vous demande toutefois de me déromper. Si je possède un droit, je me sens obligée de reconnaître aux autres le même droit. Je n'ai pas celui d'imposer aux autres l'obligation de faire ce qui m'apparaît constituer un droit pour moi.

Le sénateur Beaudoin: Mais il a dit que le juge en chef n'était pas allé si loin.

La présidente: Non, il ne l'a pas fait. Mais certains s'inquiètent du fait que, si on accorde le droit au suicide assisté, certaines personnes auraient l'obligation d'assister le malade. Je ne pense pas que cela soit exact. Ce n'est pas ce que vous avez dit, n'est-ce pas?

M. Dickens: Non. Les seuls droits qui existent à l'heure actuelle ont déjà été reconnus, il s'agit du droit de refuser certaines formes d'interventions non voulues, comme par exemple, les transfusions sanguines. Mais je pense qu'il faut faire le raisonnement contraire — non pas dire que, si vous avez un droit, d'autres ont des obligations, mais que vous ne possédez un droit que si d'autres ont une obligation envers vous.

La comparaison que j'utilise souvent est que si je vois un enfant qui se conduit mal, je n'ai pas le pouvoir de donner une claque à l'enfant pour le discipliner. L'enfant a le droit de ne pas être battu par moi. J'ai l'obligation de ne pas frapper l'enfant. Cependant, si c'est mon enfant et que j'ai l'autorité parentale de lui imposer une discipline raisonnable, je peux alors frapper l'enfant dans les limites que prévoit le droit. En ce sens, on peut dire que l'enfant n'a pas le droit que je ne lui impose aucune discipline et je n'ai pas l'obligation de ne pas discipliner l'enfant.

Il ne faut donc pas dire qu'une personne a des droits et que par conséquent, les autres ont des obligations envers elle mais plutôt que, lorsque des tiers ont des obligations, alors ce droit existe.

[Texte]

My recommendation is not that anyone be given a right to have assistance in suicide or to be killed and that no one have any duty.

Senator Beaudoin: There is such a thing as the right to refuse treatment.

Mr. Dickens: Yes, there is a right to refuse life-saving intervention.

Senator Beaudoin: It does not say that for suicide, as such, just because it is decriminalized.

Mr. Dickens: This is problematic. Before the *Rodriguez* case, it was written, and indeed I wrote, that there is no right to die in Canada because one has power to rescue. There is a power of undertaking a rescue intervention. If I see a person about to commit suicide, I can restrain that person and invoke the legal defence of necessity, saying it is necessary to take this step to save human life.

Until quite recent times, I believe the courts would have been sympathetic to that argument. The case of *Malette v. Shulman* changes that. That case clearly said that an individual can resist an unwanted intervention, including an unwanted rescue attempt. In that sense, there is a duty not to intervene, but there is no duty to intervene to end life.

Senator Beaudoin: If I am not mistaken, there is a section in the Quebec declaration of rights that we are under an obligation to assist a person who is in danger.

Mr. Dickens: Yes. This obviously is more your field than mine, but the Quebec Civil Code has long recognized, even before the recent revision, a duty to rescue, but that is a duty of reasonable rescue. It could be concluded that a competent person choosing to resist intervention was not in need of rescue and therefore no rescue could be justified.

Senator Beaudoin: Thank you. We will have to look into that.

Senator Corbin: Madam Chairman, the witness did touch on palliative or hospice care. From what we have heard in the committee from a number of witnesses it seems that we in this country have just begun to become keenly interested in the potential for more humane care of the dying and we have quite a way to go before we satisfy that potential.

I understood from what you said earlier that, in your mind, at least, palliative or hospice care is not the absolute answer in terms of extreme cases. Nevertheless, I would like to have your views on the following: Should we not — “we” would include the courts, and of course the medical profession, to a degree — tread slowly and extremely carefully in terms of proceeding too hastily with some concept of assisted suicide, or passive or active euthanasia, until the potential for palliative facilities is reached in this country?

Mr. Dickens: Yes.

[Translation]

Je ne recommande pas d'accorder à qui que ce soit le droit au suicide assisté ou à ce qu'on lui donne la mort et que personne n'ait d'obligation.

Le sénateur Beaudoin: Le droit refuser un traitement existe cependant.

M. Dickens: Oui, le droit de refuser une intervention qui pourrait sauver la vie existe.

Le sénateur Beaudoin: Il n'en va pas de même pour le suicide, même si ce n'est plus une infraction.

M. Dickens: Cela soulève un problème. Avant l'arrêt *Rodriguez*, certains auteurs ont écrit, et je l'ai écrit aussi, que le droit de mourir n'est pas reconnu au Canada parce que d'autres ont le pouvoir de l'empêcher. Le droit d'intervenir pour sauver quelqu'un existe. Si je vois une personne qui est sur le point de se donner la mort, je peux l'en empêcher en invoquant le moyen de défense de la nécessité, en disant que cela est nécessaire pour sauver une vie humaine.

Jusqu'à tout récemment, je crois que les tribunaux auraient certainement retenu cet argument. Depuis l'arrêt *Malette v. Shulman*, la situation est différente. D'après cet arrêt, il est clair qu'une personne peut résister à une intervention non souhaitée, y compris une tentative de la sauver si elle ne le désire pas. En ce sens, il existe une obligation de non intervention, mais il n'y a pas d'obligation d'intervention pour donner la mort.

Le sénateur Beaudoin: Si je ne me trompe pas, la charte des droits du Québec contient un article qui impose l'obligation d'assister les personnes en danger.

M. Dickens: Oui. Cela est évidemment davantage de votre ressort mais le Code civil du Québec reconnaît depuis longtemps, même avant la récente révision, une obligation d'assistance, mais il s'agit d'une obligation d'assistance raisonnable. On pourrait dire qu'une personne lucide qui décide de refuser une intervention n'a pas besoin d'assistance et que, par conséquent, dans ce cas il ne faut pas tenter de la sauver.

Le sénateur Beaudoin: Je vous remercie. Nous allons examiner tout cela de près.

Le sénateur Corbin: Madame la présidente, le témoin a parlé des soins palliatifs et des soins en hospice. D'après ce qu'ont déclaré des témoins, il semble qu'au Canada, nous venons de commencer à nous intéresser de plus près à la question des soins à accorder aux personnes en phase terminale et nous avons encore beaucoup à faire pour développer ces soins.

J'ai retenu de votre propos que, dans votre esprit du moins, les soins palliatifs ne constituent pas la seule solution pour les malades en phase terminale. J'aimerais toutefois connaître votre opinion sur la question suivante: ne devrions-nous pas — «nous» comprendrait les tribunaux et bien entendu, la profession médicale dans une certaine mesure — procéder très lentement et très prudemment avant d'adopter la notion de suicide assisté, d'euthanasie passive ou active, tant que nous n'aurons pas développé au maximum les soins palliatifs?

M. Dickens: Oui.

[Text]

Senator Corbin: We could be sending the wrong message to a heck of a lot of people if we are not careful. That is what worries me.

Mr. Dickens: Yes. Again, a variety of messages can be interpreted from any form of action. It is clear, I think, that any court hearing such as the Chief Justice has proposed would test whether there was the option of palliative care, what the patient's circumstances were, what palliative care had to offer, the extent to which palliative care was acceptable to the individual, and the extent to which, and the reasons for which, it was not acceptable. The hearing might involve not simply the applicant, but others who would be able to inform the court on their own initiative or on the courts' request of what the palliative options were.

The difficulty that we face is that some individuals are morally anguished in a way that medicine cannot relieve, and, in that sense, their wish to terminate their life is not a wish that can be medicated away.

The thought that those who are resistant must be given drugs that would reduce their capacity to function as conscious beings in order to be kept alive could lead to individuals ending their days at the disposal of the state and at the disposal of the mechanisms in the institutions of strangers, and that also sends a message that can be interpreted negatively.

The Chairman: Professor Dickens, we have really detained you far beyond your patience tonight, but your comments have been very interesting and helpful to us. We are delighted that you were able to be with us here tonight. We are very grateful. Thank you.

Mr. Dickens: Thank you.

The committee adjourned.

[Traduction]

Le sénateur Corbin: Nous risquerions autrement de donner une fausse indication à beaucoup de gens. C'est ce qui m'inquiète.

M. Dickens: Oui. Là encore, quelles que soient les mesures prises, elles risquent de susciter diverses interprétations. Il me paraît clair que l'on pourrait examiner, dans le cadre d'une audience judiciaire du genre que propose le juge en chef, s'il existe la possibilité de donner au requérant des soins palliatifs, quelle est la situation du malade, quel genre de soins palliatifs sont offerts, la mesure dans laquelle les soins palliatifs sont acceptables au malade, et la mesure dans laquelle ils ne sont pas acceptables et pourquoi. Le requérant ne serait pas nécessairement la seule partie à cette audience, car d'autres pourraient intervenir pour informer le tribunal, soit de leur propre initiative, soit à la demande du tribunal si celui-ci voulait s'informer des soins palliatifs offerts.

La difficulté réside dans le fait qu'il existe des personnes qui éprouvent des souffrances morales que la médecine ne peut soulager et dans ce sens, leur désir de mettre fin à leurs jours n'est pas une chose que la médecine peut supprimer.

L'idée qu'il faut donner, aux personnes qui s'y opposent, des médicaments qui vont les empêcher de fonctionner comme des êtres humains conscients ne peut qu'amener ces derniers à mettre fin à leurs jours selon ce que dispose l'État, ce que disposent les mécanismes en place, dans des établissements étrangers, et cela donne également une indication qui peut être interprétée de façon négative.

La présidente: Monsieur Dickens, nous vous avons retenu bien longtemps ce soir mais vos commentaires nous ont fort intéressés et nous seront très utiles. Nous sommes très heureux que vous ayez pu venir ici ce soir. Nous vous en sommes reconnaissants. Merci.

M. Dickens: Merci.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Community Hospice Association of Ontario:

Duffy Davidson;
Heather M. Balfour.

From the Faculty of Law, University of Toronto:

Bernard Dickens

De Community Hospice Association of Ontario:

Duffy Davidson;
Heather M. Balfour.

De la Faculté du Droit, Université de Toronto:

Bernard Dickens.



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, June 22, 1994

Le mercredi 22 juin 1994

Issue No. 11

Fascicule n° 11

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 22, 1994
(15)

[Text]
The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1:45 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault.(7)

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms. Mollie Dunsmuir.

Also in attendance: The Official Reporters of the Senate.

Witnesses:
Dr. Kenneth F. Walker

From the Toronto Children's Hospital
Dr. Abbyann Day Lynch

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 3:30 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 22 juin 1994
(15)

[Traduction]
Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 13 h 45, sous la présidence de l'honorable sénatrice Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault. (7)

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement : Mme Mollie Dunsmuir.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Témoins:
D^r Kenneth F. Walker

De l'hôpital pour enfants de Toronto:
D^r Abbyann Day Lynch

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences, dans le cadre de son étude relative à l'euthanasie et au suicide assisté.

Les témoins font chacun un exposé, puis répondent aux questions.

À 15 h 30, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

Clerk of the Committee
Gary Levy
Le greffier du comité

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 22, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1:30 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: Honourable Senators, as you are aware, we are constrained for time this afternoon and we have two witnesses with us.

I understand Senator DeWare will be a little late, and Senator Keon will try to get here, if possible. He was indefinite because of other commitments. Therefore, we are a little less in number than usual, but the committee is looking forward to hearing from our witnesses.

Dr. Kenneth Walker will be our first witness. He is a graduate of the University of Toronto and Harvard University. He is a fellow of the Royal College of Physicians, a practising gynaecologist, and a medical journalist. I have known him for years under his nom de plume, Dr. Gifford Jones; I read his column quite regularly. He also writes for the *Medical Post* monthly.

We are very pleased to have you with us today Dr. Walker.

Dr. Kenneth F. Walker, B.A., M.D., F.R.C.S: It is a pleasure to be here, and thank you for inviting me to appear before you.

I have been writing a newspaper column for nineteen years, fifty-two weeks a year, and I often sit down at my computer and wonder what can I tell people this week — something they don't already know — and I must admit that sometimes the screen looks a little blank. When I was asked to appear here today, I had the same feeling.

This is the end of a long session, and you have more than likely had an earful of deep-seated philosophical, moral, ethical and religious views. I am not here today to discuss great philosophical views; I am here as a medical journalist, and as a physician who has seen a few people die. I hope I bring a pragmatic viewpoint to the matter under discussion.

The last time I was in Ottawa, I made a presentation before a committee of the House of Commons asking to legalize heroin for terminal cancer patients. That battle was finally won, but the war was lost. In that presentation, I said the people who should be presenting are not in attendance, because they are all dead.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 22 juin 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit ce jour à 1 h 30 conformément à son ordre de renvoi pour examiner afin d'en faire rapport les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, comme vous le savez, nous avons un horaire serré cet après-midi et nous accueillons deux témoins.

Le sénateur DeWare devrait être un peu en retard et le sénateur Keon essaiera de venir s'il le peut. Il n'a pas pu le confirmer catégoriquement car il a d'autres engagements. Nous sommes donc un peu moins nombreux que d'habitude, mais néanmoins impatients d'entendre nos témoins.

Nous allons commencer par le docteur Kenneth Walker. Il est diplômé de la University of Toronto et de la Harvard University. Il est Fellow du Royal College of Physicians, il exerce comme gynécologue et il est journaliste médical. Je le connais depuis des années sous son nom de plume, Dr. Gifford Jones; je lis régulièrement sa chronique. Il écrit aussi pour le mensuel *Medical Post*.

Nous sommes très heureux de vous accueillir aujourd'hui, docteur Walker.

Dr. Kenneth F. Walker, B.A., M.D., F.R.C.S.: Je suis enchanté d'être ici et je vous remercie de m'avoir invité à comparaître.

Depuis 19 ans, toutes les semaines sans exception, je rédige un article. Souvent, assis devant mon ordinateur, je me demande ce que je vais bien pouvoir raconter à mes lecteurs cette semaine - quelque chose qu'ils ne sachent pas déjà - et je dois reconnaître que parfois l'écran a bien l'air d'une page blanche. Quand j'ai été invité à comparaître devant vous aujourd'hui, j'ai eu le même sentiment.

Vous arrivez au terme d'une longue session et on vous a probablement rebattu les oreilles de profonds points de vue philosophiques, moraux, éthiques et religieux. Je ne suis pas là pour débattre de grands principes philosophiques; je me présente devant vous en tant que journaliste médical et médecin qui a eu l'occasion de voir mourir quelques personnes. J'espère vous présenter un point de vue pragmatique sur la question.

La dernière fois que je suis venu à Ottawa, j'ai présenté à un comité de la Chambre des communes un exposé dans lequel je demandais qu'on légalise l'héroïne pour atténuer les souffrances des victimes de cancer en phase terminale. Cette bataille a finalement été gagnée, mais la guerre était perdue. Dans mon exposé, je disais que les personnes qui auraient dû être là pour témoigner n'étaient pas présentes car elles étaient toutes mortes.

[Texte]

Ten years later, I feel somewhat the same: the person who should be talking to you today is not me; it should be the people who are currently dying in agony, right across this land. It goes on day after day. It goes on, I believe, because there is a lot of misinformed thinking in this world. The longer I write my medical column and see the world in general, the longer I am inclined to believe that many ill things in this world are caused by uneducated, illiterate, stupid people. I am also more and more convinced that many of the world's problems, including these problems that we are talking about today, are caused by very educated, intelligent people. As Aristotle once said, "There is a foolish corner in the brain of every wise person."

I believe it is the educated people who are, unfortunately, not looking at these situations pragmatically, and they are telling others how to look after these problems.

My column now appears in 500 North American newspapers. I talk to a lot of people every week; a lot of people talk to me. I get thousands of letter every year. When I talk about abortion, which is a controversial topic, 50 per cent of the people agree with it, and 50 per cent of them do not agree. I recently wrote an article on the use of the lash in Singapore, which many people believe is a terrible, criminal thing to do, but 95 per cent of my readers said they agree with Singapore's solution.

Ninety-five per cent of my readers say they agree with euthanasia. My figures come from impassioned letters written to me detailing how loved ones have died — 10 and 20 pages of daily agonies that people have gone through. Therefore, the message I am getting is that the people on the street are certainly thinking in very pragmatic terms about this particular topic.

I am not sure whether honourable senators received the memo listing the points I want to talk about today. I will briefly go over those, and then we can have a question-and-answer period.

In trying to assess why I support euthanasia, active euthanasia, I have to say it is for very selfish reasons. I am now seventy years of age; some of you around this room might also be my age. Unless I find Ponce de Leon's Fountain of Youth, I am going to die, and, the way the years go by, it may be in the not-too-distant future.

Forget about the phrase "death with dignity"; it is just not so. There is no such thing as a dignified death. If I drop dead at the corner of Bay and King of a coronary, it is not dignified to be lying there gasping for breath. It may take only a couple of minutes to die, but it sure is not dignified. And I can assure you that you will be lucky if your death only takes a couple of minutes. Most people die a slow, agonizing death, and they lose all dignity. I have seen dignified businessmen, doctors and others who, in their final days when I visit them in their hospital rooms, are anything but dignified. They have tubes coming out of them; they are with pain. I can assure you, it is not pleasant.

[Translation]

Dix ans après, j'ai un peu le même sentiment: ce n'est pas moi qui devrais être ici aujourd'hui pour vous parler, ce sont les gens qui agonisent dans les plus grandes souffrances dans ce pays, jour après jour. Je crois que cet état de choses se poursuit à cause d'une foule de notions erronées qui circulent dans le monde. Plus je rédige mes articles médicaux et je regarde le monde en général, plus j'ai tendance à croire qu'un grand nombre des maux de ce monde sont dus à l'ignorance et à la bêtise des gens. Je suis aussi de plus en plus convaincu qu'une grande partie des problèmes du monde, y compris ceux dont nous parlons aujourd'hui, sont dus à des gens très éduqués et très intelligents. Comme le disait Aristote: «Tout sage a un grain de folie.»

Je crois que ce sont les gens éduqués qui, malheureusement, ne considèrent pas ces situations d'un point de vue pragmatique et qui décident de la façon dont les autres doivent traiter ces problèmes.

Mes articles paraissent dans 500 journaux d'Amérique du Nord. Je parle à bien des gens toutes les semaines, et bien des gens s'adressent à moi. Je reçois des milliers de lettres tous les ans. Quand je parle d'avortement, un sujet controversé, 50 p. 100 des gens sont d'accord avec moi et 50 p. 100 sont contre. J'ai récemment rédigé un article sur l'usage du fouet à Singapour, une pratique jugée épouvantable et criminelle par bien des gens, mais 95 p. 100 de mes lecteurs m'ont dit qu'ils étaient d'accord avec la solution de Singapour.

Quatre-vingt-quinze pour cent de mes lecteurs me disent qu'ils sont pour l'euthanasie. Je tire mes statistiques des lettres passionnées que m'écrivent des correspondants pour me décrire l'agonie de personnes qui leur étaient chères - des lettres de 10 et 20 pages décrivant les souffrances terribles subies jour après jour par ces personnes. Par conséquent, le message que je reçois, c'est que les gens de la rue ont une vision très pragmatique de cette question particulière.

Je ne suis pas certain que les honorables sénateurs aient reçu le mémoire dans lequel je présente les sujets que je veux aborder aujourd'hui. Je vais rapidement les passer en revue et nous pourrions ensuite passer à la période des questions et réponses.

Je dois dire que c'est pour des raisons très égoïstes que je suis en faveur de l'euthanasie, de l'euthanasie active. J'ai 70 ans; certains d'entre vous ont aussi peut-être le même âge. Je sais qu'à moins de trouver la fontaine de jouvence de Ponce de Léon, je vais mourir un jour et, comme le temps passe vite, ce jour n'est peut-être pas très éloigné.

Oubliez l'expression «mourir avec dignité»; elle est fausse. On ne peut pas mourir avec dignité. Si je m'effondre victime d'une crise cardiaque au coin des rues Bay et King, et que je suis étendu au sol à chercher désespérément mon souffle, je ne suis pas en train de mourir avec dignité. Je ne mettrai peut-être que quelques minutes à mourir, mais ce ne sera certainement pas dans la dignité. Et je peux vous assurer que vous aurez de la chance si vous ne mettez que quelques minutes à mourir. La plupart des gens agonisent lentement dans des souffrances terribles, et ils perdent toute dignité. J'ai vu des personnes d'une grande dignité, hommes d'affaires, médecins et autres qui, lorsque j'allais leur rendre visite dans les derniers jours de leur agonie à l'hôpital,

[Text]

One of four of us in this room are going to die of cancer. I can assure you that the statistics on us dying are even worse — we are all going to die. I think, therefore, when you consider this issue, you should take a look at your own life, and those around you — your loved ones. Honestly, do we want them to suffer in that particular way?

And I believe that many ivory-tower thinkers, or deep thinkers, have presented you with a vast array of deep, philosophical thoughts. I hazard a guess that if you could be in their rooms, in their final days or hours, they might change their tune. They might just utter three simple words to you: "Please, help me." There is no doubt that many people change their tune when they are in that situation.

I also want to talk about the gas chambers of Nazi Germany. I am sure people have said to you, "This is the slippery slope towards the gas chambers of that country." In fact, that remark does not deserve a dignified reply, because the people who went to those gas chambers had no freedom of choice, and yet the Nazi comparison is presented. It is a ludicrous way to debate the issue.

I have touched on the next point I wish to discuss, and that is: the mood of the nation. My readers ask me, time and time again, "Why is it that people in elected office have so little common sense?" That idea comes through often. My readers tell me they enjoy reading my column because I have common sense. When I read articles written by ethicists, philosophers and moralists, I am often struck by the fact that I often read the same sentence or paragraph two, three, maybe a dozen times, and still do not comprehend what is being said. It is almost a play on words. They just miss the basic point; that is, that there should be freedom of choice in this particular situation.

What about active versus passive euthanasia? In recent years, many people have said, "Well, we don't believe in active euthanasia, but what about letting people die by removing medication, by removing oxygen, and so forth." It is a very, very cruel way to treat your fellow man. Indeed, there is no difference between passive and active euthanasia: the intent is to end life. One way does it humanely; the other way does it painfully.

We use anaesthetics. None of us would think of having teeth extracted without an anaesthetic. It is the same for a woman experiencing severe childbirth pains. It would be inhumane not to give them something to help them with that pain. In surgery, we use anaesthesia. Why, then, do we not administer something for the worst pain of all, namely, dying? It seems so logical to me.

[Traduction]

avaient perdu toute dignité. Vous voyez des gens qui souffrent, branchés à des tubes. Je vous assure que ce n'est pas agréable.

Une personne sur quatre parmi nous dans cette pièce va mourir du cancer. Quant aux statistiques concernant la mort pure et simple, je peux vous assurer qu'elles sont encore pires: nous allons tous mourir. Dans ces conditions, je pense que vous devriez réfléchir à votre propre vie et à celle des gens qui vous entourent et que vous aimez. Honnêtement, avons-nous vraiment envie de les voir souffrir de cette manière?

J'imagine que bien des penseurs enfermés dans leur tour d'ivoire ou auteurs d'éminentes réflexions vous ont soumis tout un éventail de profondes opinions philosophiques. Je me permets toutefois de croire que si vous pouviez être présents auprès d'eux lors de leurs dernières heures ou de leurs derniers jours, vous les entendriez peut-être chanter une autre chanson. Ils se contenteraient peut-être de quelques mots tout simples: «Je vous en prie, aidez-moi.» Il est incontestable que bien des gens changent de ton quand ils se retrouvent dans cette situation.

Je voudrais aussi vous parler des chambres à gaz de l'Allemagne nazie. Je suis sûr que des gens vous ont dit: «C'est la pente savonneuse qui mène tout droit aux chambres à gaz de ce pays.» En fait, c'est un argument qu'il faut traiter par le mépris car les gens qu'on envoyait dans les chambres à gaz n'avaient aucune liberté de choix, et pourtant on ose faire cette comparaison avec les nazis. C'est ridicule.

J'ai déjà effleuré le point suivant que je souhaitais aborder, le pouls de la nation. Mes lecteurs ne cessent de me répéter: «Comment se fait-il que nos représentants élus aient si peu de bon sens?» C'est une idée qui revient régulièrement. Mes lecteurs me disent qu'ils aiment lire mes articles parce que je fais preuve de bon sens. Quand je lis les articles de philosophes et de moralistes, je suis souvent frappé de constater que je lis la même phrase ou le même paragraphe deux, trois et même peut-être 12 fois de suite sans réussir à le comprendre. C'est presque du jeu de mots. Ces gens-là passent à côté de la donnée fondamentale, à savoir que l'individu devrait avoir la liberté de choisir dans cette situation particulière.

Qu'en est-il du débat sur l'euthanasie active et l'euthanasie passive? Depuis quelques années, bien des gens disent: «Nous ne sommes pas vraiment pour l'euthanasie active, mais pourquoi ne pas laisser les gens mourir en cessant de leur administrer des médicaments, de l'oxygène, etc.» C'est faire preuve d'une cruauté effroyable envers son prochain. En fait, il n'y a pas de différence entre euthanasie passive et euthanasie active: il s'agit dans les deux cas de mettre fin à la vie. Dans un cas, on le fait de façon humaine, et dans l'autre on le fait dans la douleur.

Nous nous servons des anesthésiants. Nul d'entre nous ne songerait à se faire arracher une dent sans se faire anesthésier. C'est la même chose pour une femme dont l'accouchement est très pénible. Il serait inhumain de ne pas lui donner quelque chose pour calmer la douleur. En chirurgie, on se sert de l'anesthésie. Pourquoi dans ces conditions ne pas administrer quelque chose pour atténuer la pire de toutes les douleurs, celle de l'agonie? Cela me semble tellement logique.

[Texte]

When you think of people with Lou Gehrig's disease, they literally drown in their own mucous. They are mentally alert, but they have lost the ability to expel mucous from their chests, and they drown. You can say, "Well, we will give them medication." To what avail in the last days? Why make them suffer?

Another example is a patient who is dying from bone cancer. That person might have a dozen broken bones from metastatic disease — every movement causes pain — and there is nothing you can do to ease that pain. Even massive doses of heroin will not relieve all the pain. A person will take his dog to the vet, and say, "This is the time; let's put him out of his misery." Why do we not do this for humans? If you are going to legislate euthanasia, please do not think passive euthanasia is the answer. It certainly is not.

I am sure you are all talking about bioethics committees. That is a fancy name. The bioethics committee members whom I know scare the hell out of me. I have never talked with one who believes in active euthanasia. They are all fence sitters; they are all moralists. When it comes to euthanasia, I think my barber has more common sense than some doctors. I am sure Senator Keon has more sense than my barber, but a lot of doctors do not. In any event, I do not want a moralist or a philosopher on my committee; I want someone of my own choosing.

It is also interesting that we should have a Society for the Prevention of Cruelty to Animals, but not one for the prevention of cruelty to humans. I do not think a nation becomes morally bankrupt by having active euthanasia. There are safeguards that seem to work, and might be the closest thing we should utilize here in Canada.

I plead with you not to over-complicate this issue; it is not a complicated issue. If I were a senator, it would take me ten seconds to conclude that freedom of choice is the answer.

Senator Lavoie-Roux: We should not be listening to you today; we should already have made up our minds.

Dr. Walker: Well, you are senators, and I have a great respect for senators. Senators ought to lead. If you have a command, command. If senators don't know what is going on, how can we expect the person on the street to know?

The last note I have on my paper here is: How would history judge you? I have just returned from a trip to Rome. On my way to Ottawa today, I was thinking about the Roman Colosseum. That was a no-win situation for Christians; in many ways, this committee is a no-win situation for senators. You just cannot please everybody, and you should not try to please everybody. You should let history judge you kindly by taking a very bold step to legislate active euthanasia into law.

[Translation]

Les gens qui meurent de la maladie de Lou Gehrig se noient littéralement dans leur mucus. Ils sont mentalement alertes, mais ils ne sont plus capables d'expulser le mucus de leurs poumons, et ils se noient. Vous pourriez me dire: «Eh bien, on leur administrera un médicament.» À quoi bon dans les derniers jours? Pourquoi les laisser souffrir?

Prenons un autre exemple, quelqu'un qui meurt d'un cancer des os. Cette personne peut avoir une douzaine d'os brisés par les métastases, souffrir à chaque mouvement, et vous ne pouvez rien faire pour atténuer sa douleur. Même des doses massives d'héroïne ne la supprimeront pas complètement. Quand c'est un chien qui est dans cette situation, son maître l'emmène chez le vétérinaire et lui dit: «C'est fini; abrégeons ses souffrances.» Pourquoi ne pas le faire pour les êtres humains? Si vous devez légiférer sur l'euthanasie, n'allez pas croire que l'euthanasie passive est la réponse. Elle ne l'est certainement pas.

Je suis sûr que vous parlez tous de comités de bioéthique. C'est une bien jolie formule. Les membres de comités de bioéthique que je connais me terrorisent. Je n'en ai encore jamais rencontré un qui croyait à l'euthanasie active. Ce sont tous des attentistes moralisateurs. En matière d'euthanasie, je crois que mon coiffeur a plus de bon sens que certains médecins. Je suis sûr que le sénateur Keon a plus de bon sens que mon coiffeur, mais ce n'est pas le cas de bien des médecins. Quoi qu'il en soit, je ne veux pas de moraliste ni de philosophe à mon comité, je veux quelqu'un que j'aie choisi moi-même.

Il est aussi intéressant que nous ayons une société protectrice des animaux pour empêcher la cruauté envers les animaux, mais pas de société protectrice des humains. Je ne crois pas qu'une nation sombre dans la dépravation parce qu'elle accepte l'euthanasie active. Il existe des protections qui semblent bien fonctionner, et c'est probablement ce que nous pourrions choisir de mieux au Canada.

Je vous conjure de ne pas compliquer exagérément cette question; elle n'a rien de compliqué. Si j'étais sénateur, il me faudrait 10 secondes pour conclure que la réponse, c'est la liberté de choix.

Le sénateur Lavoie-Roux: Nous ne devrions pas vous écouter aujourd'hui, notre opinion devrait déjà être faite.

M. Walker: Vous êtes des sénateurs et j'ai un profond respect pour les sénateurs. Les sénateurs sont là pour nous montrer le chemin. Si vous avez un poste de commandement, commandez. Si les sénateurs ne savent pas de quoi tout cela retourne, comment l'homme de la rue le saurait-il?

La dernière remarque de mon mémoire concerne le jugement que l'histoire pourra porter sur vous. Je viens de rentrer d'un voyage à Rome. Tout à l'heure, pendant que j'étais en route vers Ottawa, je repensais au Colisée de Rome. Les chrétiens y étaient forcément perdants; à bien des égards, votre comité est dans la même situation. Vous ne pouvez pas faire plaisir à toute le monde et vous ne devez pas essayer de faire plaisir à tout le monde. Ayez l'audace d'inscrire l'euthanasie active dans nos lois et laissez l'histoire vous juger.

[Text]

I do not mean to be facetious, but there are many Canadians these days who think senators do nothing. I know that is not the case, and I believe you can change that view by thinking deeply about this issue and by legislating active euthanasia into law.

There is a saying by Ellen Ashley Pitt, which I keep on the front of my computer, that says: "The trouble with being ahead of your time is that when people finally realize you were right, they will say it was obvious all along." I do not know what this committee's decision will be, but I will lay my life on the line by saying that if you say "no" to active euthanasia, people will eventually say "yes" to it.

The handwriting is on the wall. I believe you can either be ahead of your time, or behind the times. I hope that you will be ahead of your time. I will be happy to answer some questions.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Walker.

Senator Beaudoin: Well, your thesis is clear. Suppose you are right. Do you believe that it is not complicated, because even if we accept euthanasia, or what you call active euthanasia, that is not the end of the problem? Suppose we accept the thesis of freedom of choice. Again, that is not the end of the issue, because, as a jurist, I know we have to address some parameters. We have to have some form of legislation, because everything is in the consent of the person.

You cannot isolate the consent from the freedom of choice. How do we know that the person really wants to die? It is easy to determine in many cases, but in other cases, it is not easy. We have to look at what is going on in Holland; we have to look at what is going on in North America and in the United Kingdom. But we have to come with a text, a legislated text, and that text should indicate very clearly when the consent is free, and when it is not free.

And if you say that this is not complicated, I look forward to hearing why you believe so. We have a civil code in Quebec and there is a chapter on consent. There are principles in common law. Again, the consent of both parties to the contract. And therein lies the difficulty. If a person is quite competent, quite lucid, it is easy for that person to say, "I want to die now by such and such an injection."

But there are many cases wherein a person cannot express his or her will easily. So what do we do with cases like that? Do you suggest the Dutch approach, if I may express it that way? The beginning of your thesis was not complicated at all, but the implementation of that may be a bit more complicated.

Dr. Walker: If I had ALS and was of sane mind, I could certainly write: "I, Ken Walker, want to have active euthanasia at a particular time." If I arrive at a hospital in a coma and have not previously made a living will, I will agree with you that that is a different story. The great majority of people who are dying slowly are of sane mind, and if they write down their wishes

[Traduction]

Je ne veux pas vous taquiner, mais bien des Canadiens pensent que les sénateurs ne font rien. Je sais bien que ce n'est pas le cas et je crois que vous pouvez les convaincre du contraire en réfléchissant profondément à cette question et en légalisant l'euthanasie active.

Sur mon ordinateur, j'ai collé cette formule d'Ellen Ashley Pitt: «Le problème pour qui est en avance sur son temps, c'est que lorsque les gens réalisent enfin qu'il a raison, ils disent qu'ils l'avaient toujours cru.» Je ne sais pas ce que décidera votre comité, mais je suis prêt à mettre ma main au feu que si vous dites «non» à l'euthanasie active, les gens finiront quand même par dire «oui».

Le moment approche inexorablement. Vous pouvez être en avance sur votre temps ou en retard. J'espère que vous serez en avance. Je me ferai maintenant un plaisir de répondre à vos questions.

La présidente: Merci, docteur Walker.

Le sénateur Beaudoin: Eh bien, votre thèse est claire. Supposons que vous ayez raison. Vous croyez vraiment que ce n'est pas compliqué, car même si nous acceptons l'euthanasie, ou ce que vous appelez l'euthanasie active, ce n'est pas la fin du problème? Supposons que nous acceptions la thèse de la liberté de choix. Là encore, cela ne règlera pas le problème car, en tant que juriste, je sais que nous devons faire intervenir certains paramètres. Nous avons besoin d'une loi quelconque car tout tourne autour du consentement de la personne.

On ne peut isoler le consentement de la liberté de choix. Comment peut-on savoir que la personne veut vraiment mourir? Dans bien des cas, c'est facile à dire, mais dans d'autres cas, c'est beaucoup plus difficile. Il faut voir ce qui se passe en Hollande, ce qui se passe en Amérique du Nord et au Royaume-Uni. Mais nous devons aussi élaborer un texte, un texte législatif par lequel on précisera très clairement quand le consentement est formulé librement et quand il ne l'est pas.

Et si vous me dites que ce n'est pas compliqué, j'ai hâte de vous entendre m'expliquer pourquoi. Nous avons au Québec un code civil qui comporte un chapitre sur le consentement. Il y a des principes dans le common law. Là encore, il s'agit du consentement des deux parties au contrat. Et c'est là que se pose le problème. Si une personne est en pleine possession de ses moyens, parfaitement lucide, elle peut facilement dire: «Je veux mourir maintenant au moyen de tel type d'injection.»

Mais dans bien des cas, la personne a beaucoup de mal à formuler sa volonté. Que faire dans ce genre de situation? Êtes-vous favorable à la démarche hollandaise, si je puis m'exprimer ainsi? Le point de départ de votre thèse n'est pas du tout compliqué, mais les choses se compliquent un peu au niveau de la réalisation.

M. Walker: Si j'avais la SLA et que j'étais sain d'esprit, je pourrais certainement écrire: «Je, Ken Walker, veux être euthanasié activement à un moment donné.» Si j'arrive à l'hôpital dans le coma et que je n'ai pas rédigé à l'avance de testament euthanasique, je reconnais que c'est une autre affaire. La grande majorité des gens qui meurent lentement sont sains d'esprit, et

[Texte]

prior to that time, I do not see the problem. Once my pain becomes unbearable, or I can't breath — I am drowning in my own mucus — I would say, "This is the time that I want to die." I do not think that is complicated.

Senator Beaudoin: The Rodriguez case was uncomplicated in the sense that it was obvious from the beginning that at the given moment, she would say, "I want to die." That of course is exactly what she did. But in your experience as a doctor, is that the case for most persons? We are all going to die one day, but we are not going to die the same way.

Dr. Walker: I think Sue Rodriguez waited too long, to the point where she could not kill herself. If I had that disease, I have no doubt that I would commit suicide long before I was incapable of doing it, because I could not face that particular end.

Senator Beaudoin: That is why I said at first she was able to commit suicide. At the end she was perhaps too weak to commit suicide, and it then became a form of euthanasia.

Dr. Walker: Yes. I would say she made a mistake, because she should have known that politicians, lawyers, and her doctors would not take care of her wishes. I would not make that mistake.

Senator Lavoie-Roux: Dr. Walker, I have had the occasion to read a few of your columns. I do not recall one on euthanasia, but you probably did write one.

Dr. Walker: You don't read my column very often, then.

Senator Lavoie-Roux: That is possible. You seem to be saying that people are trying to make this a question of morality. It is surprising how this argument — my colleagues can correct me, if I am mistaken — if it has come up, has come up very, very little in the briefs that were presented to us.

The main objection that has been made, and again, perhaps I am simplifying things a bit, is the question of real free choice; that is, choice that is made without pressure from the family, from the medical or paramedical people that are around them, and also complication around the free choice because of the competence or incompetence of the people. For competent people, it could be very clear. But for incompetent people, you make the decision for them. Under what circumstances: this is much more the issue.

My colleagues can correct me if I am wrong, but I believe that the matter of morality, or even the religious angle, has not come up at all until now. Am I wrong?

Senator Beaudoin: Indirectly.

Senator Lavoie-Roux: Very, very little. It has not been the main issue. You come to this slippery slope — the slippery slope was presented to us in the sense that you open the door, and then appropriate people, who cannot really make a free choice, along with others who are weak, who are more sensitive to pressure,

[Translation]

s'ils mettent par écrit leurs souhaits avant cela, je ne vois pas de problème. Je pourrais dire que si ma douleur devient insupportable ou si je ne peux plus respirer parce que je me noie dans mon mucus, «C'est à ce moment-là que je voudrai mourir.» Je ne pense pas que ce soit compliqué.

Le sénateur Beaudoin: L'affaire Rodriguez n'était pas compliquée en ce sens qu'il était évident dès le début que, le moment venu, elle dirait: «Je veux mourir.» C'est précisément ce qu'elle a fait en effet. Mais d'après votre expérience de médecin, est-ce le cas de la majorité des gens? Nous allons tous mourir un jour, mais pas tous de la même façon.

M. Walker: Je pense que Sue Rodriguez a attendu trop longtemps, jusqu'au moment où elle n'a plus été en mesure de se tuer elle-même. Si j'avais cette maladie, je suis sûr que je me suiciderais bien avant d'être incapable de le faire car je ne pourrais pas supporter cette échéance.

Le sénateur Beaudoin: C'est pourquoi j'ai dit qu'au début elle pouvait se suicider. À la fin, elle était probablement trop faible pour se suicider, et c'est devenu une forme d'euthanasie.

M. Walker: Oui. Je pense qu'elle a commis une erreur car elle aurait dû savoir que les politiciens, les avocats et ses médecins ne respecteraient pas ses souhaits. Je ne commettrais pas la même erreur.

Le sénateur Lavoie-Roux: Docteur Walker, j'ai eu l'occasion de lire quelques-uns de vos articles. Je ne me souviens pas d'en avoir lu sur l'euthanasie, mais vous en avez certainement écrit.

M. Walker: Vous ne devez pas me lire bien souvent dans ce cas.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est possible. Vous avez l'air de dire que les gens essaient d'en faire une question de morale. En fait, cet argument — et mes collègues me corrigeront si je me trompe — a été singulièrement peu invoqué dans les mémoires qui nous ont été soumis.

La principale objection formulée, et là encore je simplifie peut-être un peu, c'est la question de la liberté réelle de choix; c'est-à-dire la possibilité de faire un choix à l'abri des pressions de la famille et du personnel médical ou paramédical avoisinant, et aussi la complexité de la notion de libre choix dans la mesure où l'on a des gens qui disposent de leurs facultés et d'autres pour qui ce n'est pas le cas. Pour des gens en possession de leurs moyens, les choses peuvent être très claires, mais pour les autres, il faut que quelqu'un d'autre prenne la décision. Dans quelles conditions, c'est surtout là que se présente le problème.

Mes collègues me corrigeront si je me trompe, mais je crois que l'argument de la moralité ou même de la religion n'a pas du tout été invoqué jusqu'à présent. Est-ce que je me trompe?

Le sénateur Beaudoin: Indirectement.

Le sénateur Lavoie-Roux: Très, très peu et de manière accessoire en tout cas. Le problème pour nous n'a pas été la question de moralité, mais cette pente savonneuse sur laquelle on s'engage dès qu'on ouvre la porte parce qu'on a des gens qui sont incapables de choisir librement et d'autres qui sont faibles et

[Text]

and so on — this is where the difficulty is for us, and certainly not the question of morality. It is really a matter of who makes decisions for those incompetent people, and so on.

Dr. Walker: I do not believe the slippery slope theory has happened in Holland.

Senator Lavoie-Roux: Those are not the figures we have; we have some figures from Holland, but I cannot quote them. In the last ten years or so — and I say this with reservation, because I do not have the figures in front of me — there have been a few thousand people who finally did have euthanasia without them having consented to it. It is not that someone killed them, but I mean that it is very confused.

Even if they have the guidelines to which you referred and we are reflecting over, it does not prove to be that simple in Holland either. As for the Nazi camp, I agree with you. When people refer to the Nazi situation, I do not like it either, but that is a different matter.

Dr. Walker: I have had correspondence from doctors in Holland, and I have not had that message given to me. Maybe I am talking with the wrong doctors, but I would question it. Doctors are fairly conservative people and, with the guidelines in Holland, I find it hard to believe that people are being put to death without their consent.

Senator Lavoie-Roux: We have some figures relating to part of what has happened. I am not saying that those are the only cases that are taking place in Holland, but there were a few thousand cases. If you are incompetent, what do you do?

Dr. Walker: If a person is incompetent, that is a tough one. My whole thesis really rests around competent people. There is enough trouble arranging for competent people to have euthanasia, so that is a whole legal question that would be very difficult for me to answer.

I suppose you know, and it is rather ludicrous, that it is estimated there are 40,000 people in the United States at this time who are literally vegetables — brain dead — and we allow them to live. At this time, when there are children who are not being immunized in North America, I believe that a committee of physicians, theologians, lawyers, and so on, would ask the questions: "Why do we spend that kind of money keeping dead people alive?" I think, if you are talking about that kind of incompetence, I would have no problem with trying to ease those people into the next world.

If you are talking about incompetence, as it refers to someone who has the brain of a three-year old, then, no, I cannot agree with euthanasia in that sense. However, when there is no hope, and there is no hope for these brain-dead people, that is just a waste of money.

Senator Beaudoin: Who decides?

Dr. Walker: I suppose people with common sense.

The Chairman: They are hard to come by, occasionally.

[Traduction]

influençables, etc. C'est vraiment la question de savoir qui prend les décisions pour ces gens incompetents, et cetera.

M. Walker: Je ne crois pas que cette théorie de la pente savonneuse se soit réalisée en Hollande.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce ne sont pas les chiffres que nous avons; nous avons certains chiffres sur la Hollande, mais je ne peux pas les citer. Depuis une dizaine d'années — et je dis ceci avec des réserves car je n'ai pas les chiffres sous les yeux — plusieurs milliers de personnes ont fini par être euthanasiées sans y avoir consenti. Cela ne veut pas dire que quelqu'un les a tuées, mais je veux dire que la situation est très trouble.

Même si les Hollandais ont les lignes directrices dont vous avez parlé et auxquelles nous réfléchissons, les choses ne sont pas si simples non plus là-bas. Pour ce qui est des camps nazis, je suis d'accord avec vous. Je n'aime pas non plus entendre évoquer les nazis, mais c'est une autre question.

M. Walker: J'ai correspondu avec des médecins en Hollande, et ce n'est pas du tout ce message qu'ils m'ont transmis. Je m'adresse peut-être aux mauvais médecins, mais j'en doute. Les médecins sont des gens assez conservateurs et, compte tenu des lignes directrices en vigueur en Hollande, j'ai du mal à croire qu'on donne la mort à des gens sans leur consentement.

Le sénateur Lavoie-Roux: Nous avons des chiffres sur une partie de la situation. Je ne veux pas dire que c'est uniquement cela qui se passe en Hollande, mais il y a eu quelques milliers de cas. Si vous êtes incapable, que faites-vous?

M. Walker: Si une personne n'est pas en possession de ses moyens, ce n'est pas facile. Toute ma thèse s'appuie sur des gens en pleine possession de leurs facultés. Il est déjà assez difficile de s'organiser pour permettre à des gens pleinement responsables d'être euthanasiés, donc il me serait très difficile de répondre à toute cette question juridique.

J'imagine que vous savez, et c'est assez aberrant, qu'on maintiendrait actuellement en vie aux États-Unis 40 000 personnes qui sont littéralement des légumes, cérébralement mortes. À une époque où il existe encore des enfants qui ne sont pas vaccinés en Amérique du Nord, je crois qu'un comité de médecins, de théologiens, de juristes, etc. devrait se poser la question suivante: «Pourquoi dépense-t-on tant d'argent à maintenir en vie des gens qui sont morts?» Si les gens sont ainsi totalement privés de leurs facultés, je n'ai aucune objection à essayer de les aider à passer dans l'autre monde.

Si vous voulez parler de gens qui ont le cerveau d'un enfant de trois ans quand vous parlez de personnes privées de leurs facultés, dans ce cas je ne suis effectivement pas d'accord avec l'euthanasie. Toutefois, quand il n'y a plus aucun espoir, et il n'y en a aucun pour ces personnes cérébralement mortes, c'est un gaspillage d'argent en pure perte.

Le sénateur Beaudoin: Qui prend la décision?

M. Walker: Des gens de bon sens, j'imagine.

La présidente: Parfois, ce n'est pas facile à trouver.

[Texte]

Dr. Walker: I think we have reached the point where the world is lacking in common sense, and we had better start using it.

The Chairman: Dr. Walker, we have had examples of people who are comatose, and probably brain dead, whose families are fighting over them. There are more cases like that in the United States than there are here in Canada, as I understand it. In such situations, some family members say, "Keep them on life support systems," and some others who do not always agree. That puts a physician in a terrible position. How does one choose whose opinion prevails?

I agree with you that it would be helpful if committees were set up — some kind of professional committees — or the law gave some guidance in this regard. But it is a very difficult decision for a physician to make.

Dr. Walker: It is difficult, but you also have to ask yourself: "Can society afford keeping dead people alive? Taxpayers are paying for it. I know of a case in a hospital in the Greater Niagara area where there is a patient who has been brain-dead for twenty-five years. The taxpayers will eventually say: "I am sorry, but that is too long. People are going without coronary bypass operations because of a lack of funds."

Senator Lavoie-Roux: That was another point I wanted to raise. We know there is a lot of pressure on the health care system because of economic conditions. Someone appearing before this committee told us of a patient who was close to death — probably two to four days away — and a colleague told this physician, "You know, I need the bed for Monday. Perhaps we can... He is going to die, in any event." We have to be doubly careful because of the economic pressure that is being put on the health system.

I met someone over the weekend who told me her mother died of Alzheimer disease. Her mother would have lucid moments, and would then become confused again. Even though we think that someone is confused and unaware of events taking place, this woman who had Alzheimer disease was, at times, aware of things going on around her. When a person is in a coma, I am sure that even for doctors it is not always easy to determine whether or not the patient is cognizant of any anything. We don't know; perhaps you know.

Dr. Walker: In the case of Alzheimer disease, I am not saying that we should use euthanasia. I am talking about terminally-ill patients with a variety of degenerative diseases, not of people coming in and out of consciousness.

Senator Perrault: Dr. Walker, we have listened to your testimony with a great deal of interest. You have adopted a black and white position; you have been forthright.

I have a brother who is a writer and an author, and he said that one of the worst agonies is looking at the typewriter keys and wondering what is going to be written for today. You have expressed that very well. I have some concerns about parts of

[Translation]

M. Walker: Je crois que le bon sens est devenu une denrée rare dans le monde actuel, et il serait temps d'y faire appel.

La présidente: On nous a cité les cas de personnes se trouvant dans le coma, sans doute déjà en état de mort cérébrale, et au sujet desquelles les familles se déchirent. Je crois que ce genre de cas est plus fréquent aux États-Unis qu'au Canada. Certains membres de la famille tiennent à ce que le malade soit maintenu en vie artificiellement tandis que d'autres ne sont pas d'accord. Le médecin se trouve alors dans une situation terrible. Comment choisir l'opinion qui va l'emporter?

Je suis de votre avis, il serait bon que des comités soient créés — des comités professionnels en quelque sorte — ou que la loi donne des indications à cet égard. Mais c'est une décision très difficile à prendre pour un médecin.

M. Walker: C'est difficile, mais il faut aussi se demander ceci: «La société a-t-elle les moyens de maintenir des morts en vie?» Ce sont les contribuables qui paient. Je connais un cas dans un hôpital de la région de Niagara où le patient est en état de mort cérébrale depuis 25 ans. Les contribuables finiront par dire: «Je regrette, mais c'est trop long. Il y a des gens à qui l'on refuse un pontage cardiaque parce que l'on manque d'argent».

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est une autre question que je voulais soulever. Nous savons que le système de soins de santé est dans une situation précaire en raison de la conjoncture économique. Un témoin comparissant devant notre comité nous a parlé d'un patient qui était proche de la mort... qui n'en avait plus que pour deux à quatre jours... et un de ses confrères a dit à ce médecin: «Vous savez, j'ai besoin du lit pour lundi. On pourrait peut-être... Il va mourir de toute façon.» Nous devons être doublement prudents en raison des pressions économiques qui s'exercent sur le système de santé.

J'ai rencontré pendant la fin de semaine quelqu'un qui m'a dit que sa mère était décédée de la maladie d'Alzheimer. Sa mère avait des moments de lucidité, suivis à nouveau de moments de confusion. Même si l'on croit qu'une personne ne sait plus où elle en est et ne se rend pas compte de ce qui l'entoure, cette femme qui souffrait de la maladie d'Alzheimer se rendait compte, à certains moments, de ce qui se passait autour d'elle. Lorsqu'une personne est dans le coma, je suis sûre que même pour les médecins, il n'est pas toujours facile de savoir exactement si le patient a conscience de quoi que ce soit. Nous ne le savons pas; vous le savez peut-être.

M. Walker: Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, je ne préconise pas l'euthanasie. Je parle de patients atteints de diverses maladies dégénératives terminales et non de personnes qui ont des phases conscientes.

Le sénateur Perrault: Docteur Walker, nous avons écouté votre témoignage avec beaucoup d'intérêt. Vous avez adopté une position claire et nette et vous avez été très direct.

J'ai un frère qui est écrivain et qui m'a dit que l'une des pires souffrances pour lui était de regarder le clavier de sa machine à écrire en se demandant ce qu'il allait écrire ce jour-là. Vous avez très bien exprimé cela. J'ai des réticences sur certaines parties de

[Text]

your testimony, and I am actively seeking information on this subject from every source.

What you said was a bit alarming. In effect, you said that if fewer very ill people were kept alive, it would help to reduce the deficit. I wonder about that; I wonder about the Hippocratic oath, and the sanctity of life that we have identified with the medical profession. You then disagreed that this is akin to the slippery road to the gas ovens. The medical profession in Nazi Germany did not show strength when Hitler came to power; the educators were not much better. Hitler said to them, as you will read in your history books, "Look at all of these ill and crippled people." He was able to sell a great portion of the German medical community the idea of giving them a decent, quiet death, that young people who were crippled would be far happier somewhere else. This became worse and worse and worse, until we had Dr. Mengele who engaged in active experimentation on living people. Surely that was a slippery slope. The medical profession in Germany is still very embarrassed about its moral failure to stand up to Adolf Hitler and his racist ideas.

Thirdly, you have said that patients should have the right to choose their own bioethics committee, one empowered to accede to requests for active euthanasia. Can you conceive of anything more dangerous to society than a group of alleged bioethicists with the power of life and death power over anyone? It could lead to a variety of abuses, including family members who might say, "You know, granny is going to die one of these days and there will not be much of an estate if she lives very much longer. Let's get together a bioethics committee that will be compliant in the matter of sending granny from this world to some other better place."

Surely, Dr. Walker, the possibility for abuse is enormous, and the issue is surely not as simple as you have said this afternoon. There have to be standards and norms for any procedure of the kind you have suggested, surely. The medical profession is split right down the middle.

Are you suggesting that your fellow colleagues, those who believe in the sanctity of life, the Hippocratic oath, their responsibility to keep people alive, are something less than barbers? I would like to hear some of your views.

Dr. Walker: I do not think I am being facetious. I think there are many people, taxicab drivers, barbers — the man on the street — who have more common sense than some physicians. I refuse to refute that statement.

As to the Hippocratic oath, Hippocrates died two thousand years ago. He did not face the medical problems we face today. His beliefs were ideal for his times; some of them are still valuable. But we must upgrade them to modern times to prevent hopelessly ill people from being kept alive for prolonged periods of time.

[Traduction]

votre témoignage et je cherche activement, auprès de toutes les sources possibles, des renseignements sur ce sujet.

Vos propos sont un peu alarmants. En effet, vous avez dit que si l'on maintenait moins de très grands malades en vie, cela contribuerait à réduire le déficit. Je me pose des questions sur ce point; je m'interroge sur le serment d'Hippocrate et sur le caractère sacré de la vie que l'on associe à la profession médicale. Vous n'étiez pas d'accord pour dire que cela se rapproche de la route glissante qui mène aux chambres à gaz. Le corps médical de l'Allemagne nazie ne s'est pas beaucoup manifesté lorsque Hitler est arrivé au pouvoir; les éducateurs n'ont pas fait beaucoup mieux. Hitler leur a dit, comme on peut le lire dans les livres d'histoire: «Regardez toutes ces personnes malades et infirmes». Il a réussi à convaincre une grande partie du corps médical allemand qu'il vaudrait mieux accorder à ces personnes une mort tranquille et digne et que des jeunes infirmes seraient beaucoup plus heureux ailleurs. La situation s'est aggravée et n'a cessé d'empirer, pour en arriver finalement au Dr Mengele qui a entrepris de faire des expériences sur des personnes vivantes. C'était vraiment une pente savonneuse. Le corps médical allemand est toujours très gêné de cet échec moral et de ne pas s'être opposé à Adolf Hitler et à ses idées racistes.

Troisièmement, vous avez dit que les patients devraient pouvoir choisir leur propre comité de bioéthique, celui qui serait habilité à accéder aux demandes d'euthanasie active. Pouvez-vous concevoir quelque chose de plus dangereux pour la société qu'un groupe de soi-disant spécialistes en bioéthique ayant le pouvoir de vie et de mort sur d'autres? Cela pourrait donner lieu à toutes sortes d'abus, permettre par exemple à des membres de la famille de dire: «Tu sais, la grand-mère va mourir un de ces jours et il ne restera pas grand-chose de la succession si elle vit encore longtemps. Nous n'avons qu'à constituer un comité de bioéthique compréhensif, disposé à envoyer la grand-mère dans un monde meilleur».

Il est évident que les risques d'abus sont énormes et la question n'est certainement pas aussi simple que vous l'avez dit cet après-midi. Il faut absolument imposer des normes et des règles au genre de procédure que vous envisagez. Le corps médical est vraiment partagé en deux.

Voulez-vous dire que les opinions de vos confrères, ceux qui croient au caractère sacré de la vie, au serment d'Hippocrate et qui estiment devoir préserver la vie, ne valent pas celles des coiffeurs? J'aimerais entendre votre point de vue.

M. Walker: Je ne plaisante pas. Je crois que beaucoup de gens, des chauffeurs de taxi, des coiffeurs — l'homme de la rue — ont plus de bon sens que certains médecins. Je refuse de réfuter cette affirmation.

Quant au serment d'Hippocrate, Hippocrate est mort il y a 2 000 ans. Il n'avait pas les problèmes médicaux que nous avons aujourd'hui. Ses convictions étaient parfaites pour son époque et certaines sont encore valables. Mais nous devons les adapter aux temps modernes pour éviter que des malades incurables ne soient gardés en vie pendant des périodes prolongées.

[Texte]

Senator Perrault: It is necessary to upgrade to death upon request?

Dr. Walker: I think that I would say you worry about the committee. I would not worry about my committee, if I were able to choose my committee.

Senator Perrault: It would be a charade to choose your own committee.

Dr. Walker: I disagree. I could go to a couple of colleagues who share my belief that there comes a time when you do not want to go down to the last drop of blood, and say to them: "When that time comes for me, you know what to do."

Under our present system, I worry about dying of certain diseases. Although not perfect, I prefer my scenario where I have some choices.

Senator Perrault: What countries would you hold up as an example where active euthanasia has been adopted and is successful?

Dr. Walker: The only one I know of is Holland.

Senator Perrault: Is it not significant that Holland is the only one, and that there is turmoil about many of its cases?

Dr. Walker: Someone has to be first. I do not think we should criticize a country just because it practises euthanasia.

I have great respect for some of my colleagues; for others, I have none. I wrote a book on the subject of abortion and freedom of choice. When the law on abortion was changed, I had two choices. I could either remain on good terms with my colleagues in Niagara Falls, where I was practising at the time, by saying: "I don't believe in what I write," or, I could practise what I believe to be right.

I decided to do abortions within the framework of the law. As a result, referrals by my colleagues to me declined by one-third. I had performed surgery on the wives of a couple of my colleagues: two Caesarean sections on one, a hysterectomy on another. These two colleagues spoke to me in the hall one day, and said, "If you stop doing abortions, we will refer gynaecological surgery to you. If you perform abortions, we will never refer another case to you." I chose to continue doing abortions within the framework of the law.

Therefore, I have no respect for a lot of my colleagues. They are fence-sitters.

Senator Keon: Good afternoon, Dr. Walker. This is as pleasant as the last time we chatted, is it?

Dr. Walker: I would much rather be in Oslo having a drink at the ambassador's home. We enjoyed his hospitality.

[Translation]

Le sénateur Perrault: Faut-il, pour les adapter, aller jusqu'à accepter la mort sur demande?

M. Walker: Il me semble que vous vous inquiétez au sujet du comité. Je ne me poserais pas de questions sur mon comité, si je pouvais le choisir.

Le sénateur Perrault: Ce serait une vaste plaisanterie si l'on pouvait choisir son comité.

M. Walker: Je ne suis pas d'accord. Je pourrais aller voir deux ou trois confrères qui partagent mes opinions et considèrent aussi qu'il arrive un moment où l'on ne veut pas continuer jusqu'à la dernière goutte de son sang, pour leur dire: «Lorsque ce moment sera venu pour moi, vous savez ce qu'il faut faire».

Avec le système actuel, j'ai peur de mourir de certaines maladies. Bien qu'il soit imparfait, je préfère mon scénario où j'ai le choix entre différentes options.

Le sénateur Perrault: Quels sont les pays qui ont adopté une politique réussie d'euthanasie active et que vous citeriez en exemple?

M. Walker: Le seul que je connaisse est la Hollande.

Le sénateur Perrault: N'est-ce pas significatif que la Hollande soit le seul et que beaucoup de cas y suscitent de vives controverses?

M. Walker: Quelqu'un doit commencer. Je ne crois pas que l'on puisse critiquer un pays simplement parce qu'il pratique l'euthanasie.

J'ai beaucoup de respect pour certains de mes confrères; pas du tout, pour d'autres. J'ai écrit un livre sur la question de l'avortement et de la liberté de choix. Lorsque la loi sur l'avortement a changé, j'avais deux options: soit rester en bons termes avec mes confrères à Niagara Falls, où j'exerçais à l'époque, en disant: «Je ne crois pas à ce que j'écris», soit mettre mes convictions en pratique.

J'ai décidé de pratiquer l'avortement selon les dispositions de la loi. Du coup, le nombre de patients qui m'étaient envoyés par mes confrères a diminué d'un tiers. J'avais pratiqué des interventions chirurgicales sur les épouses de deux de mes collègues: deux césariennes pour l'une, une hystérectomie chez une autre. Un jour, ces deux confrères m'ont parlé dans le couloir et m'ont dit: «Si vous cessez de pratiquer des avortements, nous vous enverrons des patientes pour des interventions de chirurgie gynécologique. Si vous faites des avortements, nous ne vous enverrons plus personne». J'ai préféré continuer à pratiquer l'avortement conformément à la loi.

Je n'ai donc aucun respect pour beaucoup de mes confrères. Ils veulent ménager la chèvre et le chou.

Le sénateur Keon: Bonjour, docteur. C'est aussi agréable que la dernière fois que nous avons bavardé, n'est-ce pas?

M. Walker: Je préférerais nettement être à Oslo en train de prendre un verre chez l'ambassadeur. Nous avons apprécié son hospitalité.

[Text]

Senator Keon: How would you suggest the medical profession would handle this, because if a doctor were involved with a patient and made a decision to put the patient to sleep, and that decision turned out to be not defensible, that doctor is guilty of homicide — not euthanasia, but homicide. He would certainly lose his license to practice medicine forever, and likely be jailed and whatever else.

There have been suggestions in the profession that, should legalized euthanasia come to pass, it definitely should not be done by a physician who has had any contact with the case; that there should be a special group of physicians who would perform this act. I cannot imagine anybody wanting to be a part of that group, but how would you suggest that it should be handled by the profession?

If this becomes legal and there is an obligation on the part of the profession to discharge this act, how would you suggest it be done?

Dr. Walker: There may be some of you who think I have absolutely no morals at all, but if one of my colleagues were dying of bone cancer, or Alzheimer disease, or ALS, or whatever, and asked me administer a lethal injection, I do not think I would hesitate to do it. I look on it as a humanitarian gesture, rather than a criminal act.

I would obviously only do it within the context of the law. I may think that the present law is wrong, but I am not going to break the law. I will fight the law, but not break it.

Hopefully, I think you would be able to find some physicians who would carry out these acts. They would not be very highly regarded, possibly, by those other colleagues who disagree with them, and it might be hard to find them in the same way that it is hard in some communities to find doctors who do therapeutic abortions, but I do not think it is an insurmountable situation.

Senator Beaudoin: I still come to the basic problem of consent. You say active euthanasia is a good solution. For those who are able to express a free consent, there is no problem; for those who are not competent, then there is a problem. We cannot deny that; it is obvious. We may examine Holland's legislation in order to find some safeguards, but we can never escape the difficulty of the consent or the free choices.

For example, take the case of Sue Rodriguez. You said she was in a position to commit suicide at the beginning, but she chose to live on for a while. She deteriorated, and then at that stage she was probably not able to commit the suicide, so she asked for help. Whether you call it assisted suicide or whether you call it euthanasia, that is certainly some form of euthanasia on demand, on request, but it is not the most difficult case.

The most difficult cases are certainly for the persons who are incompetent. You say, I hope I am quoting you properly, that we should have the power to end their life, or the doctor should have the power to end their life.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Comment le corps médical devrait-il régler la question, d'après vous, parce que si un médecin s'occupant d'un patient décidait de l'aider à mourir et que cette décision soit finalement jugée indéfendable, il serait coupable d'homicide - pas d'euthanasie, mais bien d'homicide. Il perdrait probablement à tout jamais le droit d'exercer la médecine et irait sans doute en prison.

Certains médecins ont proposé que, si l'euthanasie légalisée était acceptée, elle ne soit pas pratiquée par un médecin ayant eu un contact quelconque avec le cas; que ce soit un groupe spécial de médecins qui s'en charge. Je ne vois pas qui voudrait faire partie de ce groupe mais que devrait faire le corps médical d'après vous?

Si l'euthanasie devient légale et que cet acte fait partie des obligations des membres de la profession, comment faudrait-il procéder, à votre avis?

M. Walker: Certains d'entre vous trouvent peut-être que je n'ai absolument aucune morale mais si l'un de mes confrères était en train de mourir d'un cancer des os, ou de la maladie d'Alzheimer, ou de la SLA, ou autre, et me demandait de lui faire une injection mortelle, je crois que je n'hésiterais pas. Je vois cela comme un geste humanitaire plutôt qu'un acte criminel.

Bien sûr, je ne le ferais que dans le contexte de la loi. Même si je ne suis pas d'accord avec la loi actuelle, je ne veux pas l'enfreindre. Je vais essayer de la faire changer, mais je ne vais pas l'enfreindre.

Si tout va bien, je crois que l'on devrait pouvoir trouver des médecins pour pratiquer ces actes. Ils ne seraient sans doute pas très bien vus par les autres médecins qui ne sont pas de leur avis, et ils seraient peut-être difficiles à trouver, tout comme, dans certaines localités, il est difficile de trouver des médecins qui pratiquent l'avortement thérapeutique, mais je ne crois pas que le problème soit insurmontable.

Le sénateur Beaudoin: J'en viens toujours au problème fondamental du consentement. Vous dites que l'euthanasie active est une bonne solution. Pour ceux qui sont capables d'exprimer librement leur consentement, il n'y a pas de problème; par contre, il y en a un, pour ceux qui n'en sont pas capables. C'est indéniable, c'est évident. Nous pouvons examiner la loi hollandaise pour trouver certaines sauvegardes mais nous ne pouvons pas échapper au problème du consentement ou du libre choix.

Prenons par exemple le cas de Sue Rodriguez. Vous avez dit qu'elle aurait pu se suicider au début mais elle a choisi de vivre encore un peu. Son état s'est détérioré, et arrivée au stade où elle n'était plus en mesure de se suicider, elle a demandé de l'aide. Que l'on parle de suicide assisté ou d'euthanasie, il s'agit certainement d'une forme d'euthanasie sur demande mais ce n'est pas le cas le plus difficile.

Les cas les plus difficiles sont ceux des personnes incapables. Vous dites et j'espère être fidèle à vos paroles, que nous devrions avoir le pouvoir de mettre fin à leurs jours ou que le médecin devrait avoir ce pouvoir.

[Texte]

Dr. Walker: I do not believe that is what I said, senator.

Senator Beaudoin: No?

Dr. Walker: No. I did not say that we should carry out euthanasia on incompetent people, only on competent people.

Senator Beaudoin: Oh, okay. I am glad you say no, in the case of incompetence.

Dr. Walker: No.

Senator Beaudoin: On competent, yes?

Dr. Walker: Yes.

Senator Corbin: Dr. Walker, are you aware of the substance and quality of instruction given in medical faculties across Canada today in coming to terms with this problem? Are you up to date on what is being taught, and what opinion have you of that discussion? I think most of the instruction is given by professional psychiatrists, medical people of course.

Dr. Walker: I do not believe anyone is teaching students active euthanasia in any of our teaching universities.

Senator Corbin: I am talking about the terminally ill. How do they deal with it in all circumstances, from an ethical point of view and everything else?

Dr. Walker: I suppose the closest they are getting to it is withholding life-supporting measures.

Senator Corbin: But you are not familiar with what is being currently taught?

Dr. Walker: No.

Senator Corbin: I suppose it takes the form of a symposium between the students and the psychiatrists; it is not really teaching.

Dr. Walker: No, I am not aware.

Senator Corbin: Multidisciplinary teams.

Dr. Walker: I am not at all involved in that.

The Chairman: I warned you, Dr. Walker, that I was going to ask you this question because I am aware of the fact that you have been a great proponent of the use of heroin over the years. It was finally legalized; however, most hospitals, the cancer societies and some other institutions that you would expect might avail themselves of it apparently choose not to do so. Yet you still argue that it is one of the most effective of the opiates.

I read the article by Dr. Michael Downing disputing some of your arguments. He maintains that there is one painkiller in particular, hydromorphone. That painkiller is commonly used in palliative care and hospice programs. It is five times more potent than either morphine or heroin. It provides excellent pain control with fewer side effects than either heroin or morphine. Are you aware that this is being generally used now in hospitals?

Dr. Walker: Yes. I prescribe it. I read Dr. Downing's article on the plane earlier today. Dr. Downing says I am completely out of date with reality, that there are other narcotics available.

[Translation]

M. Walker: Je ne crois pas que ce soit ce que j'ai dit, sénateur.

Le sénateur Beaudoin: Non?

M. Walker: Non. Je n'ai pas dit qu'il fallait pratiquer l'euthanasie sur des personnes incapables; seulement sur des personnes ayant encore certaines facultés.

Le sénateur Beaudoin: Oh, d'accord. Je suis heureux que vous disiez non, dans les cas d'incapacité.

M. Walker: Non.

Le sénateur Beaudoin: Pour les personnes capables, oui?

M. Walker: Oui.

Le sénateur Corbin: Docteur, savez-vous quelles sont la teneur et la qualité des cours donnés actuellement dans les facultés de médecine canadiennes sur cette question? Savez-vous exactement ce que l'on enseigne actuellement et que pensez-vous de ce qui est dit? Je crois que les cours sont le plus souvent donnés par des psychiatres, des médecins, naturellement.

M. Walker: Je ne crois pas qu'il y ait une seule université où l'on enseigne l'euthanasie active aux étudiants.

Le sénateur Corbin: Je parle des personnes atteintes de maladies terminales. Que fait-on dans ces cas-là, dans toutes les circonstances, du point de vue éthique et en général?

M. Walker: Au plus, je crois que l'on parle de mettre fin aux mesures qui permettent de prolonger artificiellement la vie.

Le sénateur Corbin: Mais vous ne savez pas exactement ce que l'on enseigne actuellement?

M. Walker: Non.

Le sénateur Corbin: J'imagine qu'il s'agit plutôt d'un symposium réunissant les étudiants et les psychiatres; ce ne sont pas vraiment des cours.

M. Walker: Non, je l'ignore.

Le sénateur Corbin: Des équipes pluridisciplinaires.

M. Walker: Je ne m'occupe pas du tout de cela.

La présidente: Je vous ai averti que j'allais vous poser cette question, docteur Walker, parce que je sais que vous préconisez depuis plusieurs années l'emploi de l'héroïne. Elle a finalement été légalisée mais malgré tout, la plupart des hôpitaux, les sociétés du cancer et d'autres établissements dont on aurait pu penser qu'ils allaient s'en réjouir, ont apparemment décidé de ne pas l'utiliser. Pourtant, vous affirmez toujours que c'est l'un des opiacés les plus efficaces.

J'ai lu l'article du Dr Michael Downing qui conteste certains de vos arguments. Il maintient qu'il y a un analgésique en particulier, l'hydromorphone qui est utilisé communément dans les soins palliatifs et les foyers. Il atténue très bien la douleur avec moins d'effets secondaires que l'héroïne ou la morphine. Savez-vous que c'est ce que l'on utilise le plus actuellement dans les hôpitaux?

M. Walker: Oui. Je le prescris. J'ai lu l'article du Dr Downing dans l'avion tout à l'heure. Il dit que j'ai tout à fait perdu le contact avec la réalité et qu'il y a d'autres stupéfiants. En

[Text]

In 1984, that was not the case. Dr. Downing should do a little research on this.

Hydromorphone was available, but not the powerful hydromorphone we now have. One wonders what he would have done in 1984. He said there were fewer side-effects, but I do not believe that. He also says that there is no point in using heroin, because it is immediately transformed into morphine. That is correct. Ice and water are both H₂O, but they are certainly different. Dr. DeVeer, a pharmacologist at Georgetown University in the United States, along with others, believes that it is the breakdown of heroin into morphine that is the helpful effect.

Years ago, I asked addicts why they prefer heroin to morphine or other drugs. When you ask this question, they look at you as if you should see a psychiatrist. Heroin gives a more euphoric effect than morphine, because it goes through the brain barrier quickly. And Dr. Downing still says, "Let's get serious. This is not what terminally ill patients want."

Well, maybe he does not want it, but I would not mind being a little euphoric when I'm dying. I do not think there is anything wrong with going through the pearly gates a little euphoric.

The Chairman: I do not wish to detain you, Dr. Walker, but if I might ask you one last question. As of today, would hydromorphone be your favoured drug?

Dr. Walker: No, it would not, because hydromorphone has a respiratory effect that heroin does not have. I have never said that heroin is the be-all-and-end-all of all drugs. But since there are some people who are not helped by morphine, by Dilaudid or by other drugs, I have suggested adding heroine to the list of drugs. Therefore, if you need it, it will be available.

In my research in Great Britain, I went into hospitals and asked nurses: "Which drug do you like best?" They told me heroin gives children a nice fuzzy feeling, and that they preferred it. There is no large study on this topic in Canada. We have to believe the English doctors who are using it, and they still use four times the amount of heroin as morphine. What we really want is better pain control. The whole philosophy is to keep the painkiller ahead of the pain, and not the pain ahead of the painkiller. Doctors do not administer enough narcotics, and they do not give them often enough.

It is really a matter of inadequate pain control. I have spent many years of my life on this. Perhaps I should have stayed in bed, because basically no heroin is being used in Canada, and I have spent a lot of time and energy on this. But perhaps it has been helpful in alerting people to the fact that we have inadequate pain control.

The Chairman: Dr. Walker, thank you very much for coming here today.

Dr. Walker: My pleasure.

[Traduction]

1984, ce n'était pas le cas. Le D^r Downing devrait faire un peu de recherche là-dessus.

L'hydromorphone existait mais pas sous la forme puissante que nous avons actuellement. On se demande ce qu'il aurait fait en 1984. Il prétend qu'il y a moins d'effets secondaires, mais je ne le crois pas. Il dit également qu'il n'y a aucune raison d'utiliser de l'héroïne puisqu'elle est immédiatement transformée en morphine. C'est vrai. La glace et l'eau s'écrivent toutes deux H₂O, mais elles sont très différentes. Le D^r DeVeer, pharmacologue à Georgetown University aux États Unis, estime, comme d'autres d'ailleurs, que c'est justement la transformation de l'héroïne en morphine qui a un effet bénéfique.

Il y a des années, j'ai demandé à des toxicomanes pourquoi ils préféreraient l'héroïne à la morphine ou à d'autres drogues. Lorsque vous leur posez cette question, ils vous regardent comme si vous étiez bon pour le psychiatre. L'héroïne produit un effet euphorique plus important que la morphine parce qu'elle traverse la barrière cérébrale plus rapidement. Et le D^r Downing dit toujours: «Soyons sérieux. Ce n'est pas ce que veulent les patients en phase terminale».

Peut-être qu'il n'est pas de cet avis, mais j'aimerais bien être un peu euphorique au moment de mourir. Je ne vois pas ce qu'il y a de mal à être un peu euphorique au moment de franchir les portes de la mort.

La présidente: Je ne veux pas vous retarder, docteur, mais je voudrais vous poser une dernière question. Aujourd'hui, votre produit favori serait-il l'hydromorphone?

M. Walker: Non, parce que l'hydromorphone a un effet respiratoire que n'a pas l'héroïne. Je n'ai jamais dit que l'héroïne était la drogue idéale. Mais comme la morphine n'agit pas chez certaines personnes, non plus que le Dilaudid ou d'autres produits, j'ai proposé d'ajouter l'héroïne à la liste des médicaments utilisés. Ainsi, si l'on en a besoin, on peut l'utiliser.

Au cours de mes travaux de recherche en Grande-Bretagne, je suis allé dans les hôpitaux demander aux infirmières le produit qu'elles préféraient. Elle m'ont répondu que l'héroïne donnait aux enfants une sensation grisante assez agréable et que c'est ce qu'elles préféraient. Il n'y a pas de grandes études sur cette question au Canada. Nous devons croire les médecins anglais qui s'en servent et continuent à utiliser quatre fois plus d'héroïne que de morphine. Ce que l'on veut vraiment, c'est supprimer la douleur. L'objectif est d'éviter l'apparition de la douleur plutôt que de la faire disparaître une fois qu'elle est là. Les médecins ne donnent pas suffisamment de stupéfiants et ils n'en donnent pas assez souvent.

Le problème est que l'on n'évite pas suffisamment la douleur. J'ai consacré des années de ma vie à cette lutte. J'aurais peut-être mieux fait de rester couché parce que l'on ne se sert pratiquement pas d'héroïne au Canada et j'ai consacré beaucoup de temps et d'énergie à cela. Mais j'aurais peut-être au moins réussi à alerter l'opinion sur le fait que l'on ne lutte pas assez contre la douleur.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Walker, d'être venu aujourd'hui.

M. Walker: Je vous en prie.

[Texte]

The Chairman: We are pleased to have Dr. Abbyann Day Lynch, who is currently director of the Bioethics Department of the Hospital for Sick Children in Toronto. Previously, she was the director of the Westminster Institute for Ethics and Human Values in London, Ontario. Dr. Lynch teaches at the University of Toronto, and has taught at Western, as well. She serves as an ethics consultant to several hospitals, and is now a member of several government and volunteer committees, such as the Medical Research Council of Canada.

We are very pleased to have you with us here today, Dr. Lynch.

Abbyann Day Lynch, Director, Bioethics Department, Hospital for Sick Children, Toronto: Thank you very much, Madam Chair, and other members of the Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide.

Following on the remarks of Dr. Walker, I must confess that I am one of those bioethicists, and I have been very active in the country in trying to help people set up bioethics committees. I hope I do not qualify as a fence-sitter. I have some opinions about this matter which are a little bit different from Dr. Walker's. I thank you very much for inviting me to appear today.

My particular concern is with the ethical issues that arise in the consideration of euthanasia and assisted suicide in the medical context. I believe that the resolution of these ethical issues is absolutely fundamental if we are going to look at any kind of resolution of the concomitant legal and social issues. My view is that euthanasia and assisted suicide, within the medical context, are ethically unacceptable in principle, as well as in terms of the negative personal, social and professional consequences.

I think they should be prohibited by law, not only because they might lead to abuse, but also because I regard the law as a teacher. It seems to me that we have an opportunity, in terms of consideration of law in this area, to set a model of right behaviour, not only to prevent harm to other people.

In speaking to what I hope are some of your own concerns in terms of my own perspective, I would like to speak to three particular issues: The first one has to do with definition; second, activity within the medical profession; and, third, with what we might call broad social interests.

It seems to me that in the absence of a very good definition of euthanasia, we continue to have confusion about what we mean by euthanasia and assisted suicide. That confusion, if we let it go on, could result in grave moral harm.

What I would like to do is to contrast and compare for you the notion of euthanasia with palliative care. I do that because my own students, mainly medical residents, are confused about this, as are others, say, patients in the hospital with whom I am asked to consult.

[Translation]

La présidente: Nous avons le plaisir d'avoir avec nous le D^r Abbyann Day Lynch, actuellement directrice du Département de bioéthique à l'Hospital for Sick Children de Toronto. Auparavant, elle a occupé le poste de directrice du Westminster Institute for Ethics and Human Values à London, en Ontario. Le D^r Lynch enseigne à l'Université de Toronto et elle a également enseigné à Western. Elle est conseillère en éthique médicale dans différents hôpitaux et fait actuellement partie de plusieurs comités du gouvernement et de comités de bénévoles, dont le Conseil de recherches médicales du Canada.

Nous sommes très heureux de vous avoir avec nous aujourd'hui, docteur Lynch.

Abbyann Day Lynch, directrice, Département de bioéthique, Hospital for Sick Children, Toronto: Merci beaucoup, madame la présidente et membres du Comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Pour faire suite aux commentaires du D^r Walker, je dois avouer que je suis moi-même un de ces bioéthiciens et que j'ai beaucoup contribué, un peu partout au pays, à l'établissement de comités de bioéthique. J'espère que l'on ne me considère pas comme une indécise. Certaines de mes opinions sur cette question diffèrent quelque peu de celles du D^r Walker. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

Ce qui me préoccupe le plus, ce sont les questions d'éthique que soulèvent l'euthanasie et le suicide assisté dans le contexte médical. Selon moi, il est essentiel de résoudre ces problèmes d'éthique si nous voulons également trouver une solution à ceux qui y sont associés sur les plans juridique et social. J'estime que, dans le contexte médical, l'euthanasie et le suicide assisté sont en principe inacceptables sur le plan déontologique, de même qu'en raison de leurs conséquences négatives sur les plans personnel, social et professionnel.

Ces deux actes devraient être interdits par la loi, non seulement parce qu'ils sont susceptibles d'entraîner des abus, mais également parce que la loi doit servir de modèle. J'estime en effet que nous avons l'occasion, sur le plan législatif, d'établir un modèle de comportement approprié, en plus d'éviter de causer du tort à autrui.

J'aimerais maintenant vous donner mon point de vue sur trois questions précises qui, je l'espère, rejoindront certaines de vos préoccupations: il y a tout d'abord la question de définition; ensuite, celle de l'activité au sein même de la profession médicale; enfin, celle dont on pourrait dire qu'elle touche la société en général.

En l'absence d'une très bonne définition de l'euthanasie, je pense qu'il nous sera toujours difficile de faire la distinction entre ce que l'on entend par euthanasie et par suicide assisté. Si elle devait persister, cette confusion risquerait de poser de graves problèmes moraux.

J'aimerais maintenant établir la distinction entre l'euthanasie et les soins palliatifs, et comparer ces deux notions. Si je le fais, c'est parce que mes propres étudiants, surtout les résidents, de même que d'autres personnes, dont les patients à l'hôpital où je donne mes consultations, confondent ces deux notions.

[Text]

The people who repudiate the practice of euthanasia would be very upset if, in fact, they were accused of it when they provide palliative care. In other words, they have a sense that one is acceptable and one is not. If we cannot define that and differentiate between those two, then it seems to me that we do them some injustice. Also, for the people who might seek palliative care or euthanasia, if they thought that they were receiving the other kind of intervention, they might be equally morally distressed. It seems, therefore, that we should try to clarify them.

Therefore, I would say that I understand euthanasia to be a category of human actions or omissions which are practised so as to induce human death. In other words, very clearly, the purpose of euthanasia is to help people to die and, in fact, to see that they do. Euthanasia makes death occur unnaturally, and by this I mean only "before time". We say someone dies "ahead of his time". We have intervened, and we have caused that to happen.

This particular induction of death could be carried out with or without the consent of that individual. What I want to speak about is consensual euthanasia, of which I believe assisted suicide is a subset. It seems to me that consensual euthanasia has the following characteristics.

The first is intention. I should stop and tell you that my major business — again reflecting on the previous speaker — is to be one of those thinkers who takes a little time to express principle, and lay it out for students. Hence, I would like to take the time to lay out the definition for you.

The first characteristic of euthanasia is the intention, and the intention is very clearly that death will be induced, and it will be induced voluntarily in the case of the person who is to die. I have set aside the question of non-voluntary euthanasia.

The second characteristic is the result of the action, and that is that the patient will be dead.

The third characteristic is the agents who are involved in the intended voluntary induction of death, and there are usually two. The first agent is always the person whose choice it is to be dead; the second is the individual who actually induces the death. This may be the individual who has chosen to die, as in unassisted suicide. On the other hand, it may be an individual who acts for the one who is choosing to have death induced. An example of this might be physician-assisted suicide.

Assisted suicide always involves two people: the one who chooses death and the one who acts on the choice. When we speak about assisted homicide, we are talking about two people: the one who chooses to have death induced, and the one who acts on that for the individual. Therefore, under the umbrella of euthanasia, we can put assisted suicide and assisted homicide always with the choice, presumably, of the person affected.

The fourth characteristic of this voluntary euthanasia is twofold: one is commission, and the other is omission. When we speak about euthanasia, the means that are used are in a manner that is not recognized as a standard of practice in health care.

[Traduction]

Les personnes qui refusent l'euthanasie seraient fort contrariées si on les accusait d'entériner cette pratique dans les soins palliatifs. Autrement dit, elles estiment que les soins palliatifs sont acceptables, mais que l'euthanasie ne l'est pas. Si on ne peut définir ces deux notions et établir une distinction entre elles, on risque de ne pas leur rendre justice. De même, les personnes qui chercheraient à obtenir des soins palliatifs ou qui réclameraient l'euthanasie seraient également bouleversées si elles savaient que l'on confond ces deux types d'interventions. Il me semble donc qu'il faudrait les préciser.

Pour moi, l'euthanasie est une série d'interventions ou d'omissions visant à causer la mort. Plus précisément, l'euthanasie aide les gens à mourir et, en fait, à garantir leur mort. L'euthanasie provoque une mort qui n'est pas naturelle, autrement dit une mort «anticipée». Nous disons à ce moment-là qu'une personne meurt «avant son heure». Il y a eu intervention humaine et on a provoqué son décès.

Cette mort pourrait être provoquée avec ou sans le consentement du patient. Ce dont je veux parler ici, c'est de l'euthanasie qui est pratiquée avec le consentement du patient et dont découle, selon moi, le suicide assisté. À mon avis, cette forme d'euthanasie présente les caractéristiques suivantes.

La première est l'intention. Je devrais m'arrêter ici et vous dire que ma principale activité — pour revenir à ce qu'a dit le témoin précédent — est de réfléchir à ces questions en les présentant sous forme de principes et de prendre le temps qu'il faut pour les expliquer aux étudiants. J'aimerais donc prendre quelques instants pour vous donner une définition de l'euthanasie.

La première caractéristique de l'euthanasie est l'intention: en l'occurrence, il s'agit de causer la mort et de la provoquer volontairement dans le cas de la personne qui veut mourir. Je n'aborderai pas ici l'euthanasie involontaire.

La deuxième caractéristique est le résultat de cette intervention, à savoir que l'on va mettre un terme à la vie du patient.

Troisièmement, il y a les personnes qui participent à cette mort causée volontairement, et elles sont généralement au nombre de deux. La première est toujours celle qui a décidé de mourir; la deuxième, celle qui cause la mort. Il peut s'agir de la personne qui a décidé de mourir, comme dans le cas du suicide non assisté. Cela peut aussi être la personne qui intervient pour celle qui a décidé de mettre fin à ses jours. C'est notamment le cas du suicide assisté par un médecin.

Le suicide assisté fait toujours intervenir deux personnes: celle qui choisit de mourir et celle qui donne suite à ce désir. Dans le cas de l'homicide assisté, il y a deux intervenants: la personne qui décide de faire provoquer sa mort et celle qui agit au nom de cette dernière. Par conséquent, dans la catégorie de l'euthanasie, on peut inclure le suicide assisté et l'homicide assisté, ce qui sous-entend toujours, du moins on le présume, le choix de la personne concernée.

La quatrième caractéristique de l'euthanasie volontaire comprend deux dimensions: le fait de poser un geste et le fait de ne pas en poser. En ce qui concerne l'euthanasie, les moyens utilisés ne sont pas reconnus par les normes régissant les soins de santé.

[Texte]

Finally, the question of motive: a characteristic, again, which defines euthanasia. What we are saying here is that it is presumed to reflect a concern for the well-being of the individual whose death is going to be induced, and it is also supposed to be the fulfilment of the requirements of that individual, in terms of respecting his or her wishes. Hence, we have five characteristics, roughly.

It seems to me that for much of the public, euthanasia by omission and palliative care look alike. I would like to say a little bit about their differences, wherein there are moral choices to be made. In the first instance, unlike euthanasia and assisted suicide, for those interested in palliative care there is no intention to voluntarily induce death. I do not want to say too much about palliative care, because Dr. Latimer has been here speaking to you, and she is the person who knows much about it.

However, to continue the comparison, in the second instance, unlike euthanasia and assisted suicide, the result of palliative care is not always death. In other words, not everybody dies who is in palliative care. Everybody dies sooner or later, but they may not die as the result of palliative care.

The third point is that there is a similarity, and that is that there are usually two agents: the one who is receiving the care, and the one who is giving it.

Fourth, the means appear to be the same. We may be talking about drugs in a certain quantity, or we may be talking about omission of certain activities. The major difference between them is that the standard of practice is not the standard of practice used in euthanasia; the standard of practice in palliative care is one which is recognized by the medical profession as apt and guiding its members.

Finally, in terms of the motive, we could say the motive is the same: mercy, if you wish to use that term — the relief of suffering, the support of the patient. We are also looking at patient choice. I think we could say there is a difference between the choices, a moral difference: to choose one is not to choose the other.

It seems to me, after having given a brief overview of the similarities and differences, that the committee could perform a very great public service in trying to clarify those differences. I imagine that Dr. Latimer would not want to be told that she is performing euthanasia. She believes very strongly that palliative care is very, very different from euthanasia, and I think that most of us who are speaking about palliative care would agree with that point of view.

The second point I would like to address is with respect to the medical profession. As someone who teaches medical residents in a very large, tertiary-care hospital, as someone who is a potential patient, and as a taxpayer who supports the provision of Canadian medical service, I find these questions are of particular interest to me.

[Translation]

Enfin, il y a le motif: une caractéristique qui, elle aussi, définit l'euthanasie. Le motif est censé refléter un certain souci du bien-être de la personne dont la mort va être provoquée et, aussi, le respect de sa volonté. En gros, nous avons donc cinq caractéristiques.

Selon moi, la plupart des gens estiment qu'il y a une similitude entre l'euthanasie par omission et les soins palliatifs. J'aimerais vous parler un peu de leurs différences, et notamment des choix sur le plan déontologique. Tout d'abord, contrairement à l'euthanasie et au suicide assisté, les soins palliatifs ne visent pas à causer intentionnellement la mort. Je ne désire pas en dire davantage sur les soins palliatifs, d'autant plus que le Dr Latimer, qui est fort bien renseignée sur le sujet, vous en a déjà parlé.

Ensuite, pour poursuivre ma comparaison, contrairement à l'euthanasie et au suicide assisté, les soins palliatifs ne se soldent pas toujours par la mort. Autrement dit, tous ceux qui reçoivent des soins palliatifs ne meurent pas nécessairement. Tout le monde finit par mourir, un jour ou l'autre, mais pas nécessairement à la suite de soins palliatifs.

Troisièmement, la similitude réside dans le fait qu'il y a d'habitude deux intervenants: la personne qui reçoit les soins et celle qui les prodigue.

Quatrièmement, les moyens semblent être les mêmes, qu'il s'agisse de l'administration d'une certaine quantité de médicaments ou de l'omission de certaines activités. La principale différence réside dans le fait que les normes régissant la pratique ne sont pas celles qui prévalent pour l'euthanasie; dans le cas des soins palliatifs, les normes qui régissent la pratique sont reconnues par la profession médicale comme étant appropriées pour ses membres.

Enfin, pour ce qui est du motif, nous pourrions dire qu'il est le même: la miséricorde, pour employer ce terme — l'allègement de la souffrance, le soutien aux malades. Il y a aussi la question de choix du patient. Je pense que l'on pourrait dire qu'il y a une différence entre les choix, une différence morale: choisir une option, c'est refuser l'autre.

Maintenant que je vous ai donné un bref aperçu des similitudes et des différences, je pense que le comité aiderait grandement le public en s'efforçant de dissiper la confusion qui existe. Je suppose que le Dr Latimer n'aimerait pas qu'on lui dise qu'elle pratique l'euthanasie. Elle est convaincue qu'il existe une très grande différence entre les soins palliatifs et l'euthanasie, et je pense que la plupart d'entre nous qui parlons des soins palliatifs partageons ce point de vue.

Le deuxième sujet que j'aimerais aborder concerne la profession médicale. Toutes ces questions m'intéressent au premier chef étant donné que j'enseigne à des résidents dans un très grand hôpital de soins tertiaires, que je pourrais y être hospitalisée un jour et que, en tant que contribuable, je soutiens financièrement la prestation de services médicaux au Canada.

[Text]

The first concern I have is what appears to be a vacuum in the medical profession with respect to leadership on this particular point. We have read that the OMA is opposed to the medical profession demonstrating any more leadership on this issue other than its participation in a process initiated by society, if asked. The only leadership the OMA feels the medical profession should offer on the subject of euthanasia is to suggest that it is appropriate and timely for the people of Ontario to begin to explore the issue. I suggest to you that that is a truly incredible statement — or non-statement — about an issue which is fundamental to the practice of health care in this country.

It seems to me that physicians must have a view of what the profession is or is not to do, and that the profession must have some idea about its obligation to the public to explain what it is they will or will not do. And surely, a profession should determine what it will be. Lawyers determine what the law profession will be; professors determine what the university teaching profession will be. It seems to be that it becomes the job for the public only when the professions themselves fail to make that kind of definition.

It appears to me that the profession's neutrality on this matter somehow contributes to a decline in leadership within the profession, and it sets a precedent, I think, that will be disadvantageous to this group. If the profession will not take a stand on this matter, then it seems even more imperative to me that there should be legislation here. In fact, we would then have to look for it.

Accordingly, it seems to me that, in the first place, we must have a public statement which expresses that the first and traditional goal of the medical practice is, and has always been, concern for health, for life, and for well-being. The fact that some physicians now deviate from that standard, or have done so in the past, or the fact that Hippocrates is dead, or whatever we want to say about it, is really not sufficient to require that medical practice be redefined in terms of death inducement.

Stated differently, if physicians are not prepared to practise in terms of preserving health and life, what other profession is going to take up that task? And if physicians will not defend that point of view, then it seems to me that the public's sense that they will do so is misplaced, and we will have to have negotiations to provide a new profession which will do so.

If we suppose for a minute that legislation permitting the medical practice of euthanasia and assisted suicide were allowed, it would be done presumably only on the condition that physicians as a group are willing to support the view that euthanasia and assisted suicide are indeed part of what physicians consider to be good patient care. If euthanasia and assisted suicide were part of good patient care, then whenever physicians presented options to certain patients, they would be required to include in those options

[Traduction]

Ce qui m'inquiète d'abord, c'est qu'il semble y avoir un manque de leadership au sein de la profession médicale sur ce point en particulier. Nous savons que l'OMA s'oppose à ce que la profession médicale fasse preuve d'un plus grand leadership sur cette question, sauf pour ce qui est de participer, si on le lui demande, à un processus enclenché par la société. Selon l'OMA, la seule initiative que la profession médicale devrait prendre en ce qui concerne l'euthanasie est de faire valoir qu'il conviendrait et que le moment est venu pour les gens de l'Ontario de commencer à explorer cette question. D'après moi, c'est là une prise de position incroyable — en fait elle ne se prononce pas — sur une question qui est essentielle pour la pratique des soins de santé dans notre pays.

Les médecins devraient savoir ce que la profession doit ou ne doit pas faire, et la profession devrait avoir une idée de ses obligations envers la population et lui expliquer ce qu'elle entend faire ou ne pas faire. Qui plus est, une profession devrait définir ce qu'elle sera. C'est ainsi que les avocats définissent la pratique du droit et que les professeurs d'université décident quel sera l'enseignement qu'ils dispenseront. À mon avis, le public ne devrait intervenir que lorsque les professions ne sont pas en mesure d'établir elles-mêmes ce genre de définition.

Il me semble qu'en se montrant neutre sur cette question, la profession médicale perd quelque peu de son leadership et établit un précédent qui, selon moi, lui sera défavorable. Si la profession ne veut pas prendre position sur cette question, il me semble encore plus indispensable de légiférer en la matière. Nous pourrions alors nous reporter à législation pertinente.

En conséquence, il me semble qu'il nous faudrait tout d'abord déclarer publiquement que les médecins doivent surtout et avant tout, comme cela a toujours été le cas, se préoccuper de la santé, de la vie et du bien-être de leurs patients. Si certains médecins s'écartent maintenant de cette norme, ou s'en sont écartés par le passé, ou s'il y en a qui estiment que le serment d'Hippocrate n'a plus sa raison d'être, ou quelles que soient les raisons que l'on veuille invoquer à ce sujet, elles ne justifient pas que l'on redéfinisse la pratique médicale en fonction d'un nouveau critère, qui serait de provoquer la mort.

En d'autres mots, si les médecins ne sont pas disposés à continuer de préserver la santé et la vie, quelle autre profession prendra leur relève? Et si les médecins ne veulent pas défendre ce point de vue, je pense que le public se leurre en pensant qu'ils le feront, si bien qu'il nous faudra alors entreprendre des négociations pour trouver une autre profession qui s'engagera à le faire.

Si l'on suppose, pour un instant, que le législateur va autoriser la profession médicale à pratiquer l'euthanasie et le suicide assisté, ce ne sera alors, sans doute, que si le corps médical admet que l'euthanasie et le suicide assisté font effectivement partie des soins qui doivent être normalement administrés aux patients. Si ces deux pratiques faisaient effectivement partie de ces soins, les options que les médecins offriraient à certains patients devraient alors normalement inclure l'euthanasie ou le suicide assisté, de

[Texte]

euthanasia or assisted suicide, and they would have to do so to allow patients to make the free and informed choices that we speak about.

Again, if legislation permitting medical practice of euthanasia and assisted suicide were in place, it follows that physicians-in-training would have to learn how to end life properly, in the same manner as they now learn how to care for healthy and sick person properly. And what follows from that is that the medical faculties' curriculae would have to include death modalities, and, certainly, a curriculum would have to demonstrate that it did so effectively and well, in order to be accredited.

It becomes apparent that the issue of on whom the would-be physicians would practise would arise, and how we would judge failure in this particular course. I cite those extreme examples simply to point out that what we really have to do, when we consider legitimizing euthanasia and assisted suicide in the medical context, is to question the assumptions: question the assumption that they are neutral, question the assumptions that we have in terms of the traditional calling of medicine. It seems to me that to allow these particular practices within the medical profession is to trivialize life.

The third point that I would like to raise has to do with society's interests in these particular questions. It has been said — I am sure Dr. Latimer said it, and I think I heard Dr. Walker refer to it — that some persons might choose euthanasia or assisted suicide in order to avoid an ongoing painful existence, or a life filled with suffering. It seems to me that euthanasia is a rather blunt instrument to achieving success.

We hear about a variety of painkillers, and there are specialists in pain control. We have people who work in palliative care. In terms of pain, it seems to me there are alternatives. And indeed, in terms of suffering, which I regard to be quite different, there are alternatives, as well. We can speak about psychological assistance; we can speak about association with other persons. But even if we set those reasons aside, there are people who would argue that respect for the patient means that we have to honour the patient's choice to die. And some would say that that is what gives death its quality, that that is what gives death its dignity.

Because you have asked me to speak about it, I have to say that these arguments are misplaced and they do not give sufficient ground for allowing euthanasia and assisted suicide to be practised with public sanction. They speak to a wish for control of dying; they speak, perhaps, to a wish to control nature itself; they speak to a desire to control the perceptions of other people with regard to death in any one of us; and, perhaps, to the denial of the reality of death itself. These arguments also convey the idea that we are not socially interdependent. And finally, I think they convey a misunderstanding of what we mean by human dignity.

I think the first thing we have to do is talk a little bit more about what we mean by the control of dying. In the past, we tried to do that by saying that people could refuse extraordinary means,

[Translation]

telle sorte que les patients puissent exercer le libre choix éclairé dont nous parlons.

Par ailleurs, si le législateur autorisait la profession médicale à pratiquer l'euthanasie et le suicide assisté, les futurs médecins devraient alors apprendre à mettre fin, de façon appropriée, aux jours d'un patient, au même titre qu'ils apprennent actuellement à préserver la santé et à s'occuper des malades. Il s'ensuit également que les facultés de médecine devraient alors inclure, dans leurs programmes, des méthodes permettant d'abrégier la vie d'un patient et, pour être accrédités, de tels programmes devraient alors démontrer que ces méthodes ont été effectivement incluses.

Il se poserait aussi la question de savoir sur quelles personnes ces futurs médecins s'exerceraient et comment on évaluerait les échecs dans pareils cas. Si je donne ces exemples extrêmes, c'est simplement pour faire valoir que si l'on envisageait de légitimiser l'euthanasie et le suicide assisté dans le contexte médical, il faudrait alors remettre en question certaines hypothèses et, notamment, la neutralité des interventions, la vocation traditionnelle du médecin. Selon moi, autoriser de telles pratiques au sein de la profession médicale reviendrait à banaliser la vie.

Le troisième sujet que j'aimerais aborder concerne l'intérêt que la société porte à ces questions. On a dit — je suis persuadée que le D^r Latimer l'a dit, et je pense que le D^r Walker y a fait allusion — que certaines personnes pencheraient pour l'euthanasie ou le suicide assisté afin d'éviter de devoir continuer à mener une vie pénible ou d'endurer de longues souffrances. Il me semble que l'euthanasie est un moyen plutôt brutal d'en arriver à de tels résultats.

On entend parler de différentes sortes d'analgésiques et il existe des spécialistes du contrôle de la douleur. Nous avons des personnes qui se spécialisent en soins palliatifs. Pour ce qui est de la douleur, il me semble qu'il y ait d'autres solutions. Il en va de même de la souffrance, que j'estime fort différente. On peut parler d'aide psychologique; on peut également parler d'entraide. Mais même si l'on fait abstraction de ces raisons, il y en a qui prétendent que le respect du patient signifie que nous devons accepter son choix de mourir. Et certains prétendent que c'est ce choix qui donne une certaine qualité à la mort, qui lui confère sa dignité.

Comme vous m'avez demandé de vous en parler, je vous dirai que ces arguments sont déplacés et qu'ils ne constituent pas des raisons suffisantes pour autoriser l'euthanasie et le suicide assisté, avec la bénédiction du public. Ces arguments manifestent un désir de contrôler la mort; ils visent peut-être, dans une certaine mesure, à contrôler la nature elle-même; ils traduisent un désir de contrôler les perceptions que certaines personnes ont de la mort; et peut-être visent-ils à renier la mort elle-même. Ces arguments laissent également sous-entendre que nous ne sommes pas socialement interdépendants. Enfin, je pense qu'ils véhiculent de fausses idées sur ce que l'on entend par dignité humaine.

Ce qu'il faudrait d'abord faire, selon moi, c'est parler un peu plus de ce que l'on entend par le contrôle de la mort. Par le passé, on a essayé de faire cela en disant que l'on pouvait refuser des

[Text]

and we all remember the way in which the legislation was interpreted and re-interpreted so that the patient could refuse treatment. What we were talking about was an attempt to have a so-called "natural" death.

In the current debate, what we are talking about is a different type of control: We are talking about a proactive induction of death as a way of eliminating or controlling this natural death. Some people see either of these as a response to physician authoritarianism, and they argue that the patient alone should control dying, not the physicians or anyone else.

That brings us to the central concern which is whether the notion of proactive induction of death controls anything. One of the fundamental considerations here is that, of course, those who choose death choose to no longer choose, if you want to put it that way. When they choose euthanasia or assisted suicide, they use freedom to destroy freedom. It is a Kantian argument, and I would ask you to think a little bit about it. We are not speaking about incompetent people. Thus, when individuals kill themselves, basically what they do is use themselves as a means to an end, which is quite an inhuman thing to do. The same applies when they allow someone else to do it for them.

The second thing, if we want to talk about this notion of control, is to say that, in the end, nature will always win: we will die, no matter what. We may die sooner, we may die later, but we will die. If there is any perceived dignity in the indignity of death, it will not be delivered — and I am quoting from a man named Kass who frequently writes about this subject — it will not be delivered by a hypodermic needle filled with lethal medicine.

Some of you may have read or are reading a current best-seller by Dr. Sherwin Nuland entitled *How We Die*. In that book, extracts of which have been in the *New York Times* for the last few weeks, he carefully describes five or six diseases that cause death. He then goes on to ask how we are going to find any when dignity our arteries become clogged, when our brain becomes non-functional, or when we cannot breathe. For those of you who have read the book, I will quote one sentence: "The dignity we seek in dying must be found in the dignity with which we have lived our lives."

We are, in our dying, what we have always been. To think we can dignify it at the last minute by a control manoeuvre, or that the deprivation of dignity depends on how we appear to others is self-deception. Whatever we do, as Dr. Walker has mentioned, death and dying are not going to be pretty events. Quality lies in the process; it lies in accepting what is inevitable, and accepting it with grace.

In terms of public understanding, the third and final step is to recognize that we are interdependent, that we are social and cannot live or die without other people. To focus on individual autonomy primarily denies the reality of our need for other people, and when we do that, we lose the basis for our own sense of self.

[Traduction]

soins extraordinaires et nous nous rappelons tous de la façon dont la loi a été interprétée à maintes reprises pour que le patient puisse refuser de se faire traiter. On voulait alors en arriver à une soi-disant mort «naturelle».

Dans le débat qui nous occupe, il s'agit d'un type de contrôle différent: d'aller volontairement au devant de la mort dans le but d'éliminer ou de contrôler cette mort naturelle. Certaines personnes y voient une réaction à l'autoritarisme des médecins et prétendent que le patient devrait être le seul à pouvoir contrôler la mort, et non les médecins ou qui que ce soit d'autre.

Ceci nous amène au coeur du problème, à savoir si d'aller au devant de la mort en la causant contribue à la contrôler. Bien entendu, il va sans dire que les personnes qui choisissent de mourir décident, en quelque sorte, de ne plus exercer de choix. Lorsqu'elles choisissent l'euthanasie ou le suicide assisté, elles se servent de leur liberté pour détruire la liberté. C'est là un argument kantien auquel j'aimerais que vous réfléchissiez un peu. On ne parle pas ici de personnes incompetentes. En fait, lorsque des personnes se tuent, elles se servent de leur propre corps comme moyen pour parvenir à une fin, ce qui est plutôt inhumain. Il en va de même lorsqu'elles permettent à quelqu'un d'autre de mettre un terme à leurs jours.

Si l'on veut parler de cette notion de contrôle, on pourrait également dire que la nature aura toujours le dernier mot: nous sommes tous appelés à mourir, quoi qu'il arrive. Que ce soit aujourd'hui ou plus tard, nous finirons tous par mourir un jour. S'il y a quelque chose de digne dans l'indignité de la mort, ce n'est pas — et je cite ici un dénommé Kass, qui a beaucoup écrit à ce sujet — une aiguille hypodermique remplie de substances létales qui confèrera cette dignité.

Certains d'entre vous ont peut-être lu ou sont actuellement en train de lire *How We Die*, du Dr. Sherwin Nuland, qui est actuellement un succès de librairie. Dans son livre, dont le *New York Times* a reproduit certains extraits ces dernières semaines, il décrit soigneusement cinq ou six maladies mortelles. Il se demande où réside la dignité lorsque nos artères se bloquent, que notre cerveau cesse de fonctionner ou que nous ne pouvons plus respirer. Pour ceux d'entre vous qui avez lu ce livre, je citerai une phrase: «La dignité que nous recherchons dans la mort doit être celle que nous avons connue de notre vivant.»

Lorsque nous mourons, nous sommes ce que nous avons toujours été. Il serait illusoire de penser que nous pouvons donner à la mort une certaine dignité, à la dernière minute, par un quelconque stratagème, ou que la perte de dignité dépend de la façon dont nous sommes perçus par les autres. Quoi que nous fassions, comme l'a dit le Dr. Walker, la mort et sa venue ne seront pas agréables. La qualité de la mort dépendra du processus; pouvoir accepter l'inévitable et l'accepter avec grâce.

Pour ce qui est du public, la troisième et dernière étape consiste à reconnaître que nous sommes interdépendants, que nous faisons partie d'une société et que nous ne pouvons vivre ou mourir seuls. Se concentrer essentiellement sur l'autonomie de chacun, c'est nier que nous avons besoin des autres et, à ce moment-là, nous perdons tout repère pour définir notre moi.

[Texte]

Anyone who deals with children knows that they become who they are because they deal with other people; families become what they are because their members deal with others in communities. It is the same for professional groups. It seems to me that if we need each other in life, we need each other in dying. I believe that we owe each other not only well-being in life, but also some concern in our dying. Dying is not a matter of autonomy; it is a social affair. And if I had to put it in philosophical terms for my students, I would say that mine is more closely aligned with caring and benevolence than it is with autonomy and justice.

I think there are many other points we could discuss. We could talk about the inherent moral danger in determining what is right to do by way of plebiscite ethics. In other words, there are many people who will talk about the ethics and the answers achieved by way of the Gallup Poll. I am not one of those people. We could talk about the possible abuse of any legally-sanctioned euthanasia or assisted suicide. We could talk, as we must in the case of children's hospitals, about the need for special consideration for vulnerable populations. We could also apply that to persons who are mentally infirm.

You have raised the concern that increased costs in caring for the elderly may very well increase the pressure on them to choose euthanasia. We hear it often: "I have to die now, because I will not have enough money left for the kids' college education." We could speak about increased pressure on the elderly by others to suggest they choose euthanasia. The pressure will come about by others not only because they want Aunt Minnie's silver, but basically to get them out of the way because the house is not big enough.

By way of conclusion, I would like to just summarize what I have said. There were five points, although I did it in three sections: firstly we have to have a definition of terms; second, we have to pay attention to the special obligations of the medical profession; third, I believe we have to re-naturalize death, particularly in terms of our relatedness to each other; fourth, we have to think about the moral harm which could result from the legislation and legalization of euthanasia and assisted suicide; and, fifth to speak to people very strongly about the alternatives to this particular type of practice, and I am speaking particularly of care for the patient in the palliative-care mode, and more generally in terms of the support that we owe to each other.

Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Lynch. Senator Beaudoin?

Senator Beaudoin: I have a very simple question on assisted suicide and euthanasia. Am I right to conclude that you associate assisted suicide to some form of euthanasia?

[Translation]

Ceux et celles qui côtoient des enfants savent qu'ils deviennent ce qu'ils sont parce qu'ils fréquentent d'autres personnes; les familles deviennent ce qu'elles sont parce que leurs membres en côtoient d'autres dans la société. Il en va de même pour les groupes professionnels. Selon moi, nous avons autant besoin les uns des autres durant notre vie qu'au moment de mourir. J'estime que nous devons nous entraider pour bien vivre, mais aussi dans les moments difficiles qui précèdent la mort. Mourir, ce n'est pas une question d'autonomie; c'est une affaire de société. Et si je devais exprimer ma propre philosophie à mes étudiants, je leur dirais qu'elle se rapproche davantage de la bienveillance et de la générosité que de l'autonomie et de la justice.

Il y a bien d'autres sujets dont on pourrait parler. Par exemple, du danger moral qu'il y aurait à déterminer, par voie de plébiscite, ce qu'il conviendrait de faire sur le plan de l'éthique. Autrement dit, il y a bien des gens qui parleront de l'éthique d'un sondage Gallup et des réponses qu'il procure. Je ne fais pas partie de ces gens-là. Nous pourrions également parler des abus que pourraient entraîner l'euthanasie ou le suicide assisté s'ils étaient sanctionnés par la loi. Nous pourrions parler, comme nous devrions le faire dans le cas des hôpitaux pour enfants, de la nécessité de tenir particulièrement compte des groupes vulnérables. Même chose pour les personnes atteintes d'incapacité mentale.

Vous avez fait valoir qu'en raison de l'augmentation des coûts de soins de santé requis par les personnes âgées, des pressions pourraient fort bien s'exercer sur elles pour les inciter à choisir l'euthanasie. On entend souvent dire: «Je dois mourir maintenant, sinon je ne laisserai pas suffisamment d'argent aux enfants pour qu'ils puissent aller à l'université.» Il y a aussi les pressions que d'autres exercent de plus en plus sur les personnes âgées pour qu'elles choisissent l'euthanasie. Ces pressions, certains les exerceront non seulement pour hériter de l'argenterie d'une vieille tante, mais aussi simplement pour s'en débarrasser parce que la maison n'est plus assez grande pour loger tout le monde.

Pour terminer, j'aimerais résumer en quelques mots ce que je viens de dire. J'ai fait valoir cinq points que j'ai présentés en trois volets: premièrement, nous devons définir certains termes; deuxièmement, nous devons tenir compte des obligations particulières de la profession médicale; troisièmement, je pense que nous devons rendre à la mort sa dimension naturelle et mettre davantage l'accent sur nos relations avec autrui; quatrièmement, nous devons réfléchir aux conséquences morales qui pourraient résulter d'une législation sur l'euthanasie et le suicide assisté, et de leur légalisation; enfin, il faudrait sérieusement faire valoir aux yeux de la population qu'il existe d'autres solutions, notamment les soins palliatifs et, de façon générale, mettre davantage l'accent sur l'entraide dont nous devons faire preuve les uns envers les autres.

Merci.

La présidente: Merci, docteur Lynch. Sénateur Beaudoin?

Le sénateur Beaudoin: J'aurais une question très simple à poser au sujet du suicide assisté et de l'euthanasie. Ai-je raison de conclure que, pour vous, le suicide assisté est une forme d'euthanasie?

[Text]

Ms. Lynch: Yes. The reason for saying that is the intention is death, the end is death, and it is voluntary. Therefore, it seems to me to be a subset of voluntary euthanasia.

Senator Beaudoin: That was the word I was looking for: subset. A doctor who came before us said that according to the criminal code there is a big difference between homicide and suicide. suicide involves only one person; homicide involves two persons. In assisted suicide, there are two people: the person choosing to commit suicide, and the person who is helping. Therefore, in that sense, I agree with you entirely that it is very, very important to define the terms adequately. Perhaps the term "assisted suicide" is not very well defined, in the sense that it is more a form of euthanasia than suicide because there are two persons.

Ms. Lynch: I agree.

Let me go back so that I am sure I understand you. If we want to say that euthanasia means that death is going to be induced, and that is the purpose of it, then it could be done by me, on your advice, or it could be done by you, because I have agreed. Now, if I do it to myself on your advice, I think people are speaking about that as assisted suicide: you advised me, you told me which medications. But if you do it, it is assisted homicide, if you want to call it that; or it is consensual homicide.

Senator Beaudoin: You mean if the other person is only helping the person, telling the other person what to do, you call that assisted suicide?

Ms. Lynch: Yes. I do it, but you told me to get a sharp knife.

Senator Beaudoin: That is your definition of assisted suicide?

Ms. Lynch: Yes.

Senator Beaudoin: And if the other person is helping one way or the other, then it is homicide?

Ms. Lynch: Consensual homicide. They would both be euthanasia; euthanasia is the umbrella.

Senator Beaudoin: From your example, I conclude that it is a subset or a form of euthanasia, in your opinion?

Ms. Lynch: I believe so.

Senator Lavoie-Roux: Thank you very much for your brief; you explained a lot of points. As you are working at the Hospital for Sick Children in Toronto, we have occasionally asked a few of our witnesses about special questions regarding euthanasia as it relates to children. I am not talking about premature babies; I am talking about babies who are born with severe handicaps that in some cases might necessitate further surgical intervention. That might be a factor in evaluation; in some other case, it might not. But if you did let them go without any active euthanasia,

[Traduction]

Mme Lynch: Oui. En effet, l'intention est de causer la mort; l'objectif est la mort, une mort volontaire. Autrement dit, le suicide assisté me semble dériver de l'euthanasie volontaire.

Le sénateur Beaudoin: Dérivé, c'est exactement le mot que je cherchais. Un médecin, qui a comparu devant le comité, nous a dit que le Code criminel établit une distinction importante entre l'homicide et le suicide. Le suicide ne fait intervenir qu'une seule personne; dans le cas de l'homicide, il y a deux intervenants. Dans le cas du suicide assisté, il y a deux personnes: celle qui décide de se suicider et celle qui l'aide. Donc, à cet égard, j'estime que vous avez entièrement raison et qu'il est très, très important de bien définir les termes. Peut-être que le concept de «suicide assisté» n'est pas suffisamment bien défini, puisqu'il pourrait s'agir davantage d'une forme d'euthanasie que de suicide, du fait qu'il y a deux intervenants.

Mme Lynch: Je suis d'accord avec vous.

Je voudrais être sûre de bien vous comprendre. Si l'on veut dire que l'euthanasie revient à causer la mort, et que c'est là l'objectif poursuivi, alors je pourrais fort bien commettre cet acte, à votre demande, ou c'est vous qui pourriez le commettre, parce que je suis consentante. Par contre, si je commets cet acte moi-même, en suivant vos conseils, je pense que les gens estimeront davantage qu'il s'agit de suicide assisté, parce que vous m'avez conseillée et que vous m'avez dit quels médicaments prendre. Mais si c'est vous qui commettez cet acte, ce sera un suicide assisté; autrement dit, un homicide commis avec mon consentement.

Le sénateur Beaudoin: Autrement dit, selon vous, si cette personne ne fait que vous aider, qu'elle vous dit quoi faire, ce serait un suicide assisté?

Mme Lynch: Oui. Je commets l'acte, mais c'est vous qui m'avez dit de me servir d'un couteau bien tranchant.

Le sénateur Beaudoin: C'est donc votre définition du suicide assisté?

Mme Lynch: C'est bien cela.

Le sénateur Beaudoin: Et si quelqu'un prête main-forte, ce serait un homicide?

Mme Lynch: Un homicide commis avec consentement. Les deux seraient de l'euthanasie; l'euthanasie comprend le tout.

Le sénateur Beaudoin: D'après votre exemple, j'en déduis qu'il s'agit d'une forme dérivée de l'euthanasie. Qu'en pensez-vous?

Mme Lynch: Je pense que oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Un grand merci pour votre mémoire; vous nous avez apporté plusieurs éclaircissements. Comme vous travaillez à l'Hospital for Sick Children de Toronto, nous avons parfois posé des questions spéciales à certains de nos témoins en ce qui concerne l'euthanasie chez les enfants. Je ne parle pas ici des enfants prématurés, mais bien de ceux qui sont nés avec de graves handicaps et qui dans certains cas doivent être opérés. Cela pourrait être un facteur dans l'évaluation, mais ne pas l'être dans d'autres cas. Mais si dans leurs cas ont n'avait pas

[Texte]

they might not live for very long. What has been your experience generally, and the philosophy regarding them?

Ms. Lynch: I have been speaking about voluntary euthanasia, by which I meant that the individual does the individual's choosing. When we come to children who are not competent, small children — we will leave the adolescents because that is a very special problem for us — we might be calling it euthanasia, but we would be calling it involuntary in the sense that the children cannot choose. It is voluntary if their parents said so, so it doesn't really fit under what I have been calling voluntary.

Sometimes what people will do is omit, for example, cardiopulmonary resuscitation; sometimes they will decide that a particular individual in a certain state should not have further aggressive treatment, I guess we could call it. Would that be considered euthanasia of the non-voluntary sort, even though the parents agreed? In our hospital, at least, it says it is, and I have to believe that people do what it says. I am not the ethics police, despite what people might say.

It seems to me that if ever there is omission of a certain kind of treatment, that would be done in the sense of palliative care. In our hospital we have a palliative care team. And there comes a point, for instance, where the child may have had three or four cessations of cardiac activity, where the individual may already have an infection, where the individual already has major disability, where people are going to say in terms, really, of being humane, "We are not going to continue this aggressive beating on the chest one more time."

That is what I meant by passive euthanasia looks like palliative care. The intention is not to kill; the intention is to say that we are going to use the standard techniques here as well as we can, aiming towards a cure. And when we cannot do that, we are going to continue to care. There is a standard in our hospital which says that there will be no deliberate omission of the means needed for support, nor any deliberate activity which we would call euthanasia.

Senator Lavoie-Roux: Are there any specific conditions? I am speaking, for instance, of Down's Syndrome, or a hydrocephalic baby. Would you look at those cases very carefully before you would get involved in any further type of treatment?

Ms. Lynch: Yes. I think that is what the bioethics department is meant to do, that is to help physicians think about that, and it is meant to help parents think about the moral problems. But some of you may have read in the paper about the baby, whose mother's name is Tammy, and the mother wanted to have her child on life-support all the way through, even though the physicians tell me that the child's brain waves are down to an absolute minimum and it is astounding that she is alive. There was grave controversy in our hospital, I think it is fair to say, about that.

[Translation]

recours à l'euthanasie, ils pourraient ne pas vivre bien longtemps. Quelle a été votre expérience en général et la philosophie que vous avez adoptée à leur égard?

Mme Lynch: J'ai parlé d'euthanasie volontaire, c'est-à-dire que c'est le malade qui en fait la demande. Pour ce qui est des enfants, des petits enfants, qui ne sont pas en mesure de se prononcer — et nous ne parlerons pas des adolescents, parce qu'ils constituent un problème spécial pour — on pourrait parler d'euthanasie, mais il s'agirait alors d'euthanasie involontaire étant donné que les enfants ne peuvent pas choisir. Elle est volontaire si ce sont leurs parents qui exercent ce choix, si bien que cette forme n'est pas vraiment ce que j'ai qualifié d'euthanasie volontaire.

Il peut arriver que certaines personnes omettent, par exemple, de recourir à la réanimation cardiopulmonaire; parfois, elles estimeront qu'un patient qui se trouve dans un certain état ne devrait pas subir ce que j'appellerais un traitement énergique. Cela serait-il considéré comme de l'euthanasie non volontaire, même si les parents ont donné leur consentement? Dans notre hôpital, du moins, on estime que c'est de l'euthanasie et je dois croire qu'il y a des personnes la pratiquent. Contrairement à ce que certains pourraient dire, je ne suis pas là pour imposer le respect de l'éthique.

D'après moi, s'il devait y avoir omission d'un certain type de traitement, ce serait dans le contexte des soins palliatifs. Dans notre hôpital, nous avons une équipe qui s'occupe des soins palliatifs. Il peut arriver, par exemple, qu'un enfant ait eu trois ou quatre arrêts cardiaques, qu'il ait déjà une infection ou qu'il soit déjà atteint d'un grand handicap; à ce moment-là, il y a des gens qui diront, par pure compassion: «Nous n'allons pas continuer d'essayer de le réanimer encore une fois.»

C'est ce que je voulais dire en parlant d'euthanasie passive dans les soins palliatifs. L'intention n'est pas de tuer; il s'agit de recourir aux techniques habituelles, le mieux possible, dans le but de guérir. Et si cela n'est pas possible, nous allons continuer de prodiguer des soins. Dans notre hôpital, il est interdit d'omettre délibérément de recourir à certains moyens, de poser un geste délibéré qui pour nous serait de l'euthanasie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Y a-t-il des cas bien précis? Je veux parler, par exemple, du syndrome de Down ou d'un enfant hydrocéphalique. Étudieriez-vous ces cas très attentivement avant d'entreprendre d'autres types de traitement?

Mme Lynch: Oui. Je pense que c'est ce que doit faire le département de bioéthique, c'est-à-dire aider les médecins à réfléchir et de tels cas et aider les parents à soupeser les conséquences morales. Certains d'entre vous ont peut-être lu dans les journaux l'histoire de ce bébé dont la mère s'appelle Tammy et qui voulait que sa fille soit branchée à un système de support vital, bien que les médecins me disent que ses ondes cérébrales sont à peine perceptibles et qu'il est surprenant que cette enfant vive encore. Il y a eu toute une controverse à notre hôpital, c'est le moins qu'on puisse dire, au sujet de ce cas.

[Text]

But basically what people are saying is they are providing standard care. They are not going to go all out, but they are not going to deny the possibility of life. Now, we can say that is expensive, that that has deprived us of some money that we could use for something else. There is no doubt about it. But that is a value in our hospital which has been supported, and you have seen it in the press.

Senator Lavoie-Roux: My second question is one which I have asked of quite a number of witnesses, because we heard quite a number of representations from the palliative care field. In your knowledge, does "palliative care" mean a philosophy of relieving pain and making life as easy as possible? I mean, dying is always dying; I guess there is a line we cannot cross.

We have been told that a lot more research should be done in terms of pain relief. Where do you think we are in that area? Should more money be involved in that, or more research? Do you feel we have made progress? Is there more progress to be made? The fact is that people do look for euthanasia, because they do not want to suffer. We have heard Dr. Walker refer to Lou Gehrig's disease, and there are some other cases. What is your feeling about that?

Ms. Lynch: Again, I am not a clinician; I do not prescribe. I do teach however. I am told that one of the major problems is education in pain control. There are physicians, for example, who would be afraid to prescribe in certain dosages, because they think the patient may become addicted. It seems to me to be a very foolish argument for someone who is dying; better they should die without pain and addicted than not.

Others will argue that the orders are not properly written, so that the nurses are not able to interpret well what needs to be done, and that sometimes the physicians are not present. So, there are problems around it.

How much more research we need, and whether we could have adequate pain control for every single individual is a little beyond my area of expertise. What I do hear people say is that if we had better education, if we had orders written more carefully, if we use the palliative care team much more often, in fact we could mitigate a great deal of the suffering which there may be.

The other side, of course, is to anticipate pain, so that you prevent it coming. It is a cycle; it is the tensing before it happens that seems to cause anxiety. Aside from that, we talk about the suffering; we talk about the emotional disintegration; we talk about the psychological loneliness, those sorts of things. And that is what I meant by interdependence.

In the book to which I referred, there is the sense that when the physician is defeated — and it is a physician speaking — he leaves the patient: "I cannot manage, because I have been

[Traduction]

Mais, dans le fond, ce que les gens disent c'est qu'ils fournissent les soins habituels. Ils ne vont pas prendre des moyens extraordinaires, mais ils ne vont pas supprimer la possibilité de vivre. Il s'agit là d'un processus coûteux et l'argent que nous y avons consacré aurait pu être utilisé à autre chose. Cela ne fait aucun doute. Mais c'est là une prise de position de notre hôpital qui a été sanctionnée, comme vous avez pu le lire dans les journaux.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ma deuxième question en est une que j'ai posée à de nombreux témoins, parce que nous avons eu plusieurs représentations du secteur des soins palliatifs. À votre avis, les «soins palliatifs» visent-ils à alléger la souffrance et à rendre la vie aussi facile que possible? Mourir, c'est toujours mourir, mais je suppose qu'il y a une limite qu'on ne peut dépasser.

On nous a dit qu'il fallait entreprendre davantage de recherches pour alléger la souffrance. D'après vous, où en sommes-nous sur ce plan? Faudrait-il injecter plus d'argent ou entreprendre davantage de recherches? Pensez-vous que nous ayons fait des progrès? Faudrait-il en faire davantage? Le fait est que les gens se tourment vers l'euthanasie parce qu'ils ne veulent pas souffrir. Le Dr Walker nous a parlé de la maladie de Lou Gehrig et il y a un certain nombre d'autres cas. Qu'en pensez-vous?

Mme Lynch: Là encore, je ne suis pas clinicienne; je ne fais pas de prescriptions. Par contre, j'enseigne. On me dit que l'un des principaux problèmes est d'enseigner à contrôler la douleur. Il y a des médecins qui, par exemple, ont peur de prescrire certaines doses parce qu'ils craignent qu'elles engendrent l'accoutumance. Cela me semble être un argument plutôt farfelu pour quelqu'un qui est en train de mourir; il vaudrait mieux que de tels patients meurent sans souffrance, même s'ils sont soumis à une certaine accoutumance.

D'autres prétendront que les instructions écrites ne sont pas claires, si bien que les infirmières peuvent difficilement interpréter ce qu'il faut faire, et que parfois les médecins ne sont pas sur place. Donc, il y a des problèmes de ce côté-là.

Quand à savoir s'il faudrait entreprendre davantage de recherches et si l'on peut gérer adéquatement la douleur dans tous les cas, c'est là une question qui ne relève pas vraiment de ma compétence. Cependant, ce que certaines personnes disent, c'est que l'on pourrait alléger pas mal de souffrances si la formation était meilleure, si les instructions étaient rédigées avec plus de soin et si nous avions davantage recours aux équipes de soins palliatifs.

Il faut aussi, bien entendu, pouvoir prévoir la douleur de façon à la prévenir. C'est un cycle, puisque c'est la tension qui précède la douleur qui semble causer l'anxiété. Par ailleurs, on parle notamment de la souffrance, de la dissociation émotive et de la solitude psychologique. C'est cela que j'entends par interdépendance.

Dans le livre auquel j'ai fait allusion, on semble dire que lorsque le médecin a échoué — et c'est un médecin qui parle — il abandonne le patient: «Je ne peux plus rien faire, parce que j'ai

[Texte]

defeated." The patient is then left alone. What worse way to die than alone, it seems to me.

Senator Perrault: On page seven of the brief brought to us by Ms. Lynch, the following words appear: "Indeed, palliative care, even to the point of "snowed" existence, is an alternative worth considering as a replacement for induced death."

You are from Toronto, which has a famous hospital with which you are associated. What about people in rural areas who do not have access to the kind of palliative care one may find in Vancouver, Calgary, Winnipeg, Halifax, Moncton, Toronto or Montreal? There are some people today who are being deprived of medical services.

Ms. Lynch: I agree. And there are plenty of people in Toronto who are being deprived of palliative care, as well.

Senator Perrault: That is true. It is a rather large question. If we are saying, "Well, now, palliative care and the new miracle drugs make it possible for people to pass out of this world painlessly, or virtually painlessly." That is a concept that may be more in theory than in practice, because there are so many people, obviously, in rural areas who have no access to services of this kind, at all.

If palliative care is one solution, what should we be doing about providing more palliative care?

Ms. Lynch: I think that we should be educating every single student within the medical faculty about it. But even beyond that, I think what we have to do is to talk about this need to be with each other. There is a lot of accompanying that needs to be done in terms of dying; it is not just physical pain.

Senator Perrault: It is a lonely journey, you are suggesting.

Ms. Lynch: Yes.

Senator Perrault: But providing palliative care must give every Minister of Finance nightmares.

Ms. Lynch: Absolutely.

Senator Perrault: The costs are simply enormous, are they not?

Ms. Lynch: Absolutely. It is high hands-on, not high tech; it takes more people. But I think one would be able to use the modern means of communication to educate physicians in the other areas. For example, our hospital has a communication satellite to educate the far north.

Senator Perrault: Apart from education, you have a situation where you have to have someone at the bedside of the terminally ill.

Ms. Lynch: Take Saint Elizabeth's Nursing, which is a group that I happen to know reasonably well. They have just instituted a whole palliative care arm and these nurses do palliative care in

[Translation]

échoué.» Le patient se sent alors délaissé. D'après moi, il n'y a rien de pire que de mourir seul.

Le sénateur Perrault: À la page sept du mémoire que nous a remis Mme Lynch on peut lire que les soins palliatifs, même dans le cas d'une vie maintenue artificiellement, constituent une solution qu'il vaut la peine d'envisager au lieu de provoquer la mort.

Vous êtes de Toronto, où se trouve un hôpital renommé pour lequel vous travaillez. Qu'en est-il des régions rurales qui n'ont pas accès au genre de soins palliatifs que l'on peut trouver à Vancouver, Calgary, Winnipeg, Halifax, Moncton, Toronto ou Montréal? Il y a des gens, aujourd'hui, qui ne peuvent pas se prévaloir de services médicaux.

Mme Lynch: Il y en a, et il y a également de nombreuses personnes à Toronto qui ne peuvent se prévaloir des soins palliatifs.

Le sénateur Perrault: C'est vrai. C'est une question d'une grande portée. Il y en a qui disent: «Bon, maintenant, avec les soins palliatifs et les nouveaux médicaments miracles, on peut aujourd'hui quitter ce monde sans souffrir, ou quasiment sans souffrir.» C'est là un concept qui relève davantage de la théorie que de la pratique, car nombreuses sont les personnes qui, de toute évidence, n'ont pas du tout accès à ce genre de services dans les régions rurales.

Si les soins palliatifs sont une solution, que devrions-nous alors faire pour en avoir davantage?

Mme Lynch: Je pense qu'il faudrait les enseigner à tous les étudiants en médecine. Mais en plus, je pense qu'il faudrait que l'on parle de la nécessité de s'entraider. Il y a beaucoup à faire sur le plan de l'accompagnement, car la mort n'est pas juste une question de souffrances physiques.

Le sénateur Perrault: Ce que vous voulez dire, c'est qu'elle est un cheminement solitaire.

Mme Lynch: Exactement.

Le sénateur Perrault: Mais cette question de soins palliatifs doit être un cauchemar pour tous les ministres des Finances.

Mme Lynch: Absolument.

Le sénateur Perrault: Les coûts sont tout simplement prohibitifs, n'est-ce pas?

Mme Lynch: C'est tout à fait vrai. Ils nécessitent beaucoup de personnel, et non des techniques de pointe; il faut donc davantage de personnes. Mais je pense que l'on pourrait recourir aux moyens de communication modernes pour sensibiliser les médecins dans les autres régions. Notre hôpital, par exemple, dispose d'un satellite de communication pour sensibiliser ceux du Grand Nord.

Le sénateur Perrault: En plus de cette sensibilisation, il faut qu'il y ait quelqu'un au chevet des malades en phase terminale.

Mme Lynch: Prenez les infirmières du groupe Saint Elizabeth, un groupe que je connais assez bien. Ce groupe vient d'ouvrir un nouveau service de soins palliatifs dont les infirmières

[Text]

the home. Again, they are not going to be in the rural parts of the world. But as this is added to the nursing faculty, I think we are going to find more of it.

Senator Perrault: I am a director of the Vancouver Canucks hockey team, and we have taken on a community project there which I think could be a model for the rest of the country. We have established a palliative care facility for young people who are terminally ill.

Ms. Lynch: Great.

Senator Perrault: I invite members of the committee to visit it when they are out in Vancouver. It has attracted enormous support. Maybe this is a project in the private sector that could expand. We got our idea from Great Britain. The Vancouver facility will be the first in Canada.

Ms. Lynch: That is great.

Senator Perrault: But many areas cannot access it; that is the problem.

Ms. Lynch: I think we can do something about education, something about how we deal with people who are suffering. I think we can do those two things.

Senator Corbin: I enjoyed the presentation.

I would like to ask the witness if she has had an opportunity to look at the historical perspective of the development of the notion and the practice of euthanasia. It is something that has come into our language recently, or a public opinion issue. I have read quite a bit of history, both ancient and modern, about the fixation that we have with euthanasia, perceived from the public viewpoint.

You mentioned polls; they are rather recent, are they not? Does that not come out of the fact that we are a generation that has enjoyed greater freedom than any previous generation in history, that we are a generation that enjoys more perceived pleasures than any other generation before, perhaps with the exception of the Romans? With that kind of lifestyle and thinking, is it not logical or natural that we should fear death more. Is that not a social problem we now have, that euthanasia is the easy way out?

Ms. Lynch: I think so, and that is what I meant by the control of death. We would like to put it off, if possible, or, if not, we would like to make it beautiful. We would like to make it easy; we want like to make it happy. It seems to me all of these are attempts to do something which is impossible to do: dying is going to happen.

Senator Corbin: We are trying to deny a very basic reality?

Ms. Lynch: I believe so.

Senator Corbin: And we are just kidding ourselves?

[Traduction]

se rendent à domicile pour les prodiguer. Mais elles non plus ne se rendront pas dans les régions rurales. Mais comme cette section vient se greffer à la faculté des sciences infirmières, je pense nous en verrons d'autres de ce genre.

Le sénateur Perrault: Je suis l'un des administrateurs de l'équipe de hockey des Canucks de Vancouver, et nous parrainons un projet communautaire qui, je le pense, servira de modèle pour le reste du pays. Nous avons créé un service de soins palliatifs pour les jeunes en phase terminale.

Mme Lynch: Magnifique.

Le sénateur Perrault: J'invite les membres du comité à le visiter lorsqu'ils se rendront à Vancouver. Ce service a suscité énormément d'appui. Peut-être s'agit-il là d'un projet que le secteur privé pourrait développer. C'est l'exemple de la Grande-Bretagne qui nous a donné cette idée. Ce service de Vancouver sera le premier au Canada.

Mme Lynch: C'est magnifique.

Le sénateur Perrault: Mais nombreuses sont les régions qui ne peuvent y avoir accès, ce qui constitue un problème.

Mme Lynch: Je pense que nous pouvons faire quelque chose pour ce qui est de la sensibilisation et de la façon de s'occuper des personnes qui souffrent. Je pense qu'on peut faire quelque chose sur ces deux plans.

Le sénateur Corbin: J'ai beaucoup apprécié votre présentation.

J'aimerais demander à notre témoin si elle a eu l'occasion de se pencher sur la perspective historique de l'évolution de l'euthanasie et de sa pratique. Il s'agit d'un sujet dont on ne parle que depuis peu, qui suscite l'intérêt du public. Dans l'histoire ancienne et moderne, j'ai lu plusieurs choses au sujet de cette obsession que nous avons de l'euthanasie, telle que perçue par le public.

Vous avez parlé des sondages d'opinion. Ils sont assez récents, n'est-ce pas? Est-ce qu'ils ne s'expliquent pas du fait que notre génération jouit d'une plus grande liberté que toutes celles qui l'ont précédée, que les plaisirs qu'on lui attribue sont bien plus nombreux que pour celles qui l'ont précédée, à l'exception peut-être des Romains? Avec ce genre de vie et de philosophie, il semble logique ou naturel que l'on redoute davantage la mort. N'est-ce pas là un problème social auquel nous sommes confrontés, à savoir que l'euthanasie est une solution de facilité?

Mme Lynch: Je pense que oui et c'est ce que je voulais dire en parlant du contrôle de la mort. On aimerait pouvoir la repousser, si possible; et si ce ne l'est pas, pouvoir l'embellir. Nous aimerions qu'elle soit facile, un événement heureux. Tout cela me semble impossible: la mort est inévitable.

Le sénateur Corbin: Nous essayons de refuser l'inéluctable?

Mme Lynch: Je pense que oui.

Le sénateur Corbin: Et nous nous leurrions, n'est-ce pas?

[Texte]

Ms. Lynch: Well, I think we always try to control nature, but there are a few things you cannot control.

Senator Corbin: Do you not think that, as nature has provided for our entry into the world, it has a way in death, too? Nobody has come back from death.

Ms. Lynch: Unless we want to say after C.P.R. you have been dead and come back.

Senator Corbin: Yes. I have been knocked out of my senses as a result of a car accident; I have come back from something or somewhere. The question is: Do you not think that nature, in her kindness, makes death easy, not from the perspective of the one looking at a dying person, but from the dying person's perspective?

Ms. Lynch: I do not know. I have seen many children die, and I have witnessed it personally in the family. I think it would be wrong to say that we should not use what means we can to alleviate pain, just as we use anaesthesia or other things in the birth process.

Senator Corbin: I am not denying that.

Ms. Lynch: I think that we should do the same here. But I think what we have to do to make it easier in our minds is to acknowledge that this is going to happen, we had better come to terms with it, and this is how we can alleviate it. As Dr. Nuland has said, we give it dignity by saying it is real. Now, what will I do to accept it when it comes?

Senator Keon: Thank you, Madam Chair. One short question, Dr. Lynch. We have had ethicists testify that they feel euthanasia is ethical. It is currently illegal; but if it did become legal, what do you think the obligation of the medical profession is?

We have had people testify, people in favour of euthanasia, say that there is an obligation on the part of the medical profession to perform the act so that it will be done efficiently and painlessly, and there will not be any foul-ups and that kind of thing. Should euthanasia become legal, what do you think is the obligation of the profession as a whole?

Ms. Lynch: I think that the first thing to say is that the profession as a whole should honour the conscience of the individuals within it, and therefore there should be some allowance made for those who would not want to participate in it. I think that the second thing that the profession would have to say is that basically you are not under an obligation to do what your patient asks. If I were to ask you, Dr. Keon, right now to do some kind of cardiac transplant, I hope that you would say no to me. You do not have to do what I ask you to do; you are meant to do what is professional.

I think the third thing to do might be to recognize that should it become legal and if we really believe that the profession should not be part of this perhaps we would have to train another group to do that. People have suggested this, and they call them

[Translation]

Mme Lynch: Nous avons, je pense, toujours essayé de contrôler la nature, mais il y a des choses que l'on ne peut pas contrôler.

Le sénateur Corbin: Ne pensez-vous pas qu'au même titre qu'elle a contribué à notre venue en ce monde, la nature intervient également dans la mort? Personne n'est revenu de la mort.

Mme Lynch: Sauf si l'on souhaite dire qu'on revient de la mort après une réanimation cardiopulmonaire.

Le sénateur Corbin: Effectivement. Comme dans le cas où j'aurais perdu connaissance à la suite d'un accident de voiture. À ce moment-là, je reviens de quelque part. La question est la suivante: ne pensez-vous pas que la nature, dans sa bienveillance, facilite la mort, non pas du point de vue de la personne qui se trouve au chevet d'un mourant, mais du mourant lui-même?

Mme Lynch: Je ne sais pas. J'ai vu des enfants mourir et j'ai personnellement vécu cette expérience dans ma famille. Je pense qu'il serait malvenu de dire que nous ne devrions pas utiliser les moyens dont nous disposons pour alléger la souffrance, au même titre que nous avons recours à l'anesthésie ou à d'autres méthodes pour un accouchement.

Le sénateur Corbin: Je ne le conteste pas.

Mme Lynch: Je pense qu'il faudrait faire la même chose dans ce cas-ci. Mais, d'après moi, nous devrions faire en sorte que nous reconnaissons ce qui va se passer, que nous nous fassions une raison, ce qui faciliterait le processus. Comme le Dr Nuland l'a dit, nous donnons à la mort une certaine dignité en disant qu'elle est réelle. Maintenant, que dois-je faire pour l'accepter lorsqu'elle frappe à ma porte?

Le sénateur Keon: Merci, madame la présidente. Une brève question, docteur Lynch. Selon certains éthiciens qui sont venus témoigner, l'euthanasie est une intervention responsable. Actuellement, elle est illégale; mais si elle devenait un jour légale, quelle serait alors, selon vous, l'obligation de la profession médicale?

Nous avons entendu des témoins, en faveur de l'euthanasie, qui estiment que la profession médicale devrait s'en occuper de telle sorte que cette intervention soit efficace et sans douleur, en l'absence de toute confusion ou de choses de ce genre. Si l'euthanasie devenait légale, quelle serait alors, selon vous, l'obligation de la profession dans son ensemble?

Mme Lynch: Tout d'abord, je dirais que la profession dans son ensemble devrait respecter la conscience des personnes qui y participent et qu'il faudrait donc prévoir quelque chose pour ceux qui ne veulent pas y participer. Deuxièmement, la profession devrait préciser que personne n'est tenu de faire ce que demande le patient. Si je vous demandais maintenant, docteur Keon, de me faire une greffe du cœur, j'espère que vous me diriez non. Vous n'êtes pas tenu de faire ce que je vous demande; vous devez adopter un comportement professionnel.

En troisième lieu, on pourrait dire que si l'euthanasie devenait légale et que si nous ne voulions absolument pas que la profession intervienne, il faudrait peut-être former un autre groupe pour la pratiquer. Il y a des gens qui en ont fait la suggestion et qui ont

[Text]

obiatrists; their speciality is death. I think we can do better than Dr. Kevorkian with his rusty pipe and carbon monoxide. Anyone can do that; you do not need a physician.

But I think we could train individuals to do that. I think the profession is a noble one, and if the profession is going to say that inducing death is the equivalent of trying to care for life, I think it is going to have to make a choice. I would suggest that you have the training of another auxiliary profession to do it.

Senator Lavoie-Roux: Who would want to enter that profession?

Ms. Lynch: I cannot imagine. Let those who say it is such a good idea do it.

Senator DeWare: I had a letter from a minister of my church years ago who moved from New Brunswick to Ontario. I wrote him and asked him for his views. I thought that one statement he made was important for this committee. He said that we must keep before us the absolute important consideration that euthanasia for some of us can only morally be conducted if the person's physical and mental condition is known to eventuate in death. But coming from a man of the cloth, I thought he made a very interesting point.

The Chairman: May I just ask one question? I am glad you put that on the record. In your opening paragraph, Dr. Lynch, you said that you regard the resolution of ethical issues as fundamental to any decision made as to the concomitant legal and social issues connected with euthanasia and assisted suicide. First of all, do you believe that we, as parliamentarians, and the public, must base any decisions in this regard on the ethical issues first and foremost, as they are defined, whether by you or by someone else, or should we give equal weight to the legal and social issues that may be involved?

Ms. Lynch: I am saying that in my view what we talk about when we talk about legal issues a social issue is something that has to do with values. Values come within the purview of ethics, and whether we like it or not, we adopt a certain ethical view when we make legislation, or when we decide on a social policy.

I am not saying that one should adopt my particular view, although I happen to think it is a good one and that it would stand us in good stead. But I think that to think about society, which bases law on non-ethical or unethical views, is simply unacceptable.

The Chairman: Just for my own clarification, in your presentation you seem to have used here the words "ethical" and "moral" almost interchangeably. Is that the way that you see it yourself, or do you think that there is a basic difference between ethics and morality?

[Traduction]

parlé de spécialistes de la mort. Je pense que l'on peut faire mieux que le Dr Kevorkian, lorsqu'il a parlé du tuyau d'échappement rouillé et du monoxyde de carbone. Tout le monde peut faire l'affaire; on n'a pas besoin d'un médecin.

Mais je pense que l'on pourrait former des personnes pour faire cela. Je pense que la profession est noble. Si elle estime que provoquer la mort revient à respecter la vie, je pense qu'elle devra faire un choix. Je pense qu'il faudrait former une autre profession auxiliaire pour faire cela.

Le sénateur Lavoie-Roux: Qui aimerait appartenir à une telle profession?

Mme Lynch: Je l'ignore. Que ceux qui pensent que c'est une tellement bonne idée s'en occupent.

Le sénateur DeWare: Il y a plusieurs années, j'ai reçu une lettre d'un prêtre de mon église qui avait déménagé du Nouveau-Brunswick en Ontario. Je lui ai écrit pour lui demander ce qu'il en pensait. J'ai pensé que le comité aimerait prendre note d'une des déclarations qu'il a faites. Il a dit qu'il y a un point d'importance capitale que nous ne devons pas perdre de vue, à savoir que, pour certains d'entre nous, l'euthanasie ne peut être moralement pratiquée que si l'on est certain qu'une personne va mourir à cause de son état physique et mental. Venant d'un homme d'église, j'ai pensé que c'était là une déclaration fort intéressante.

La présidente: Puis-je me permettre une question? Comme vous l'avez vous-même précisé, dans votre premier paragraphe, docteur Lynch, vous estimez que la résolution des questions éthiques sont essentielles en ce qui a trait aux décisions qui seraient prises au sujet des problèmes juridiques et sociaux se rattachant à l'euthanasie et au suicide assisté. Tout d'abord, estimez-vous que nous, les parlementaires, de même que le public, devrions fonder nos décisions à ce sujet surtout et avant tout en tenant compte des problèmes d'éthique, tels qu'ils sont définis par vous ou par d'autres, ou devrions-nous accorder une importance égale aux questions juridiques et sociales qui pourraient en découler?

Mme Lynch: Selon moi, les problèmes juridiques et sociaux ont trait aux valeurs. Les valeurs interviennent dans le contexte de l'éthique, et que nous le voulions ou non, nous adoptons une certaine éthique lorsque nous légiférons ou que nous instituons une politique sociale.

Je ne veux pas dire par là qu'il faudrait adopter mon point de vue, bien que je pense qu'il soit bon et qu'il pourrait nous rendre un grand service. Mais je pense que réfléchir en fonction de la société, qui fonde ses lois sur des considérations d'ordre éthique ou autres, est tout simplement inacceptable.

La présidente: Pour ma propre gouverne, dans votre présentation, vous semblez avoir utilisé presque indifféremment les mots «éthique» et «moral». Est-ce que c'est là votre point de vue ou pensez-vous qu'il existe une différence essentielle entre l'éthique et la morale?

[Texte]

Ms. Lynch: I think if we were going to talk about in the classroom, we would be talking about what I would say is not applied ethics; it has to do with principles, and which principle is more important than the other, and the logic of the argument. On the other hand, morality has to do with the principles applied in practice in the every-day kinds of decisions that we make.

The Chairman: Thank you. And there is one other area. On page three of your brief, you describe the characteristics of what you call "consensual euthanasia"; and the fourth characteristic you mention is the means involved in intended voluntary induction of death. There are two of these: The commission of certain acts, or the omission of certain acts as, for example, the withholding or withdrawing of lifesaving and life-sustaining interventions, such as respiratory assistance, nutrition, and hydration. You say that the means are used in a manner not recognized as the standard and practice in health care. I just wanted you to clarify that, because the law now provides that withholding treatment and withdrawing treatment is legal.

Ms. Lynch: What I mean to say is that in terms of voluntary euthanasia, because we are just speaking about that, we would be withholding beyond what we would do in terms of the standard of care. Our intent may be to have this person die, and while it might be that we would withdraw certain kinds of fluid for the comfort of the patient, in this case we would withdraw the whole thing. That is not within the standard of care. We do not do that.

The Chairman: I see. Would you tell us what the ethics committee decided in the case of Tammy?

Ms. Lynch: Candice is the child and Tammy her mother. The ethics committee never considered Candice's case. There were special meetings and ethics consultations about it, but the physician of record is a person who believes that we simply do not omit ordinary care for any patient in our hospital.

Therefore, Candice is receiving the appropriate turning, the appropriate nutrition, and was receiving antibiotics for pneumonia. She is not receiving any extraordinary care relative to her condition. Hence, she would not receive cardiopulmonary resuscitation.

The Chairman: And her mother agrees with that?

Ms. Lynch: Yes. She is at home, as you know, with nurses around the clock. They are supported by the public, not the hospital.

The Chairman: I now remember the case.

Thank you very much, Dr. Lynch. It was most interesting, and we appreciate your appearance.

The committee adjourned.

[Translation]

Mme Lynch: Je pense que si on veut en parler aux étudiants, ce ne serait pas de l'éthique appliquée; il s'agit essentiellement de principes, de savoir quels sont les plus importants et de faire valoir la logique des arguments. Par contre, la moralité concerne des principes dont nous nous inspirons tous les jours dans nos décisions.

La présidente: Merci. Il y a autre chose. À la troisième page de votre mémoire, vous décrivez les caractéristiques de ce que vous appelez «l'euthanasie volontaire»; quant à la quatrième caractéristique dont vous parlez, elle concerne les moyens visant à causer volontairement la mort. Il y en a deux: le fait de poser certains gestes ou de ne pas les poser comme, par exemple, ne pas effectuer ou abandonner certaines interventions permettant de sauver la vie ou de la préserver par la respiration, l'alimentation ou l'hydratation. Vous dites qu'on a recours à ces moyens mais qu'ils ne sont pas reconnus par les normes régissant les soins de santé. Je voulais simplement que vous me précisiez cela, parce que la loi stipule actuellement que le fait de ne pas administrer ou d'abandonner certains traitements est légal.

Mme Lynch: Ce que je voulais dire, c'est qu'en ce qui concerne l'euthanasie volontaire, puisque c'est d'elle dont on parle ici, on refuserait certaines interventions qui dépasseraient le cadre normal des soins de santé. Notre intention pourrait être de laisser une personne mourir; on pourrait lui retirer certains liquides pour son confort, mais dans ce cas-ci on les lui retirerait tous. Cela n'est pas conforme aux normes de santé. Nous ne faisons tout simplement pas cela.

La présidente: Je vois. Pourriez-vous nous dire ce que le comité d'éthique a décidé dans le cas de Tammy?

Mme Lynch: Tammy était la mère et Candice, l'enfant. Le comité d'éthique ne s'est jamais penché sur le cas de Candice. Celui-ci a fait l'objet de réunions spéciales et de consultations sur le plan de l'éthique, mais le médecin concerné est une personne qui estime que l'on ne peut tout simplement pas omettre des soins habituels aux patients de notre hôpital.

Candice reçoit donc les soins appropriés; elle est tournée régulièrement, nourrie normalement et on lui a administré des antibiotiques pour sa pneumonie. Elle ne reçoit pas de soins extraordinaires pour son état. Dans son cas, il n'y aurait donc pas de réanimation cardiopulmonaire.

La présidente: Et la mère a donné son consentement?

Mme Lynch: Oui. Candice est chez elle et des infirmières se relèvent à tour de rôle à son chevet. Le public leur manifeste son appui, mais pas l'hôpital.

La présidente: Maintenant que vous en parlez, je me rappelle de son cas.

Merci beaucoup, docteur Lynch. Votre témoignage a été fort intéressant et je vous en remercie.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

Dr. Kenneth F. Walker

From the Toronto Children's Hospital:

Dr. Abbyann Day Lynch

Dr. Kenneth F. Walker

De l'hôpital des enfants de Toronto

Dr. Abbyann Day Lynch



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Tuesday, July 5, 1994

Le mardi 5 juillet 1994

Issue No. 12

Fascicule n° 12

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-Présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, July 5, 1994
(16)

[Text]
The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 2:40 p.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux and Neiman.(6)

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir.
Also in attendance: The official reporters of the Senate.

WITNESSES:
From the Thomas More Lawyers' Guild:
Philip H. Horgan;
David Brown;
Angela Costigan;
Tim Egan.

From the Aids Committee of Toronto:
Alan Stewart;
Carol Yaworsky.
From the Canadian Aids Society:
Russell Armstrong;
Carole Neron;
Terry Goodwin;
Steve Harris.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.
The witnesses each made a statement and answered questions.

At 5:15 p.m., the Committee met *in camera* to discuss further business.
The Honourable Senator Deware moved, — THAT the following itinerary be adopted, subject to change by the Sub-Committee on Agenda and Procedure.

September 25	Depart Ottawa—arrive Vancouver
September 26	Hearings in Vancouver
September 27	Hearings in Vancouver
September 28	Hearings in Vancouver, depart Vancouver—arrive Winnipeg
September 29	Hearings in Winnipeg
September 30	Hearings in Winnipeg
October 1	Hearings in Winnipeg, depart Winnipeg, arrive Ottawa

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mardi 5 juillet 1994
(16)

[Traduction]
Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 14 h 40, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Corbin, DeWare, Keon, Lavoie-Roux et Neiman. (6)

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Mollie Dunsmuir.
Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

TÉMOINS:
De Thomas More Lawyers' Guild:
Philip H. Horgan;
David Brown;
Angela Costigan;
Tim Egan.

De la Société canadienne du SIDA:
Russell Armstrong;
Carole Neron;
Terry Goodwin;
Steve Harris.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences dans le cadre de son étude de l'euthanasie et du suicide assisté.
Les témoins font chacun un exposé, puis répondent aux questions.

À 17 h 15, le comité se réunit à huis clos pour examiner des travaux futurs.
L'honorable sénateur DeWare propose — QUE l'itinéraire suivant soit adopté, sous réserve de changements ultérieurs apportés par le Sous-comité du programme et de la procédure:

25 septembre	Départ d'Ottawa et arrivée à Vancouver
26 septembre	Audiences à Vancouver
27 septembre	Audiences à Vancouver
28 septembre	Audiences à Vancouver, départ de Vancouver, arrivée à Winnipeg
29 septembre	Audiences à Winnipeg
30 septembre	Audiences à Winnipeg
1er octobre	Audiences à Winnipeg, départ de Winnipeg, arrivée à Ottawa

[Text]

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Deware moved, — THAT should additionnal Senate staff be required, the Clerk be authorized to bring such staff, as long as travel expenditure stay within budget.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Corbin moved, — THAT the Sub-Committee on Agenda and Procedure be responsible to select and schedule the witnesses for the fall hearings.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Lavoie-Roux moved, — THAT for hearings in Vancouver and Winnipeg, the allocation of time for witnesses' statements be 25 minutes.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Corbin moved, — THAT a period of one hour be allowed at the end of each day of hearings for "walk-on" witnesses, and that each such witness be allowed a maximum of 10 minutes to make a statement.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Honourable Senator Lavoie-Roux moved, — THAT the Bulletin of the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide be appended to the Proceedings of the Committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 6:05 p.m., the Committee adjourned to approximate 7:30 p.m.

At 7:35 p.m., the Committee resumed.

WITNESSES:

From Laval University:

Danielle Blondeau.

From the Hospice of All Saints:

Barbara O'Connor;

Dr. Emily Geer.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 9:25 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

[Traduction]

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur DeWare propose — QUE, si du personnel additionnel du Sénat était requis, le greffier soit autorisé à le faire venir, à condition que les frais du voyage ne dépassent pas les limites du budget.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Corbin propose — QUE le Sous-comité du programme et de la procédure soit responsable du choix des témoins et du calendrier des comparutions pour les audiences qui auront lieu à l'automne.

La motion, mise aux voix est adoptée.

L'honorable sénateur Lavoie-Roux propose — QUE, dans le cadre des audiences de Vancouver et de Winnipeg, les exposés des témoins se limitent à 25 minutes.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Corbin propose — QU'une période d'une heure soit réservée à la fin de chaque journée d'audiences pour entendre des témoins « impromptu » et que chacun de ces témoins dispose d'au plus 10 minutes pour faire un exposé.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

L'honorable sénateur Lavoie-Roux propose — QUE le Bulletin du Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté figure en annexe des délibérations du comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

À 18 h 05, le comité suspend la séance jusqu'à 19 h 30 environ.

À 18 h 35, le comité reprend la séance.

TÉMOINS:

De l'université Laval:

Danielle Blondeau.

De Hospice of All Saints:

Barbara O'Connor;

Dr Emily Greer.

Les témoins font chacune un exposé, puis répondent aux questions.

À 21 h 25, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité,

Gary Levy

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, July 5, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 2:00 p.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: We are very pleased to have with us this afternoon representatives of the Thomas More Lawyers' Guild of Toronto. Mr. Horgon is the president. Please introduce your colleagues for us.

Philip Horgon, President, Thomas More Lawyers' Guild: With me today is a student member of our guild, Mr. Tim Egan; Mr. David Brown, a partner at the firm of Steichman Elliott in Toronto; Ms Angela Costigan, a practitioner in Toronto and also the past president of Thomas More Lawyer's Guild.

Honourable senators, it is our pleasure to be here with you. There are a couple of preliminary matters. You will find three documents in the packages in front of you. The first is our brief, which is the thick document. Although it was couriered to the Senate offices last Wednesday, apparently it did not arrive until yesterday, so unfortunately many of you have probably not had a chance to review it. For your benefit, there is a three-page executive summary of the submissions which are contained in the balance of the brief. We will be making some reference to the brief during the course of our presentation, and hope that you will have time to review it more fully.

The other two documents are two letters from similarly constituted guilds in two Ontario cities. The first is from the Thomas More Lawyers' Guild of Ottawa, from its president Mr. Dennis Power of the firm Nelligan Power. Effectively, it provides the support of the Ottawa guild to our brief and encourages us in our efforts. The other document is from Mr. Paul Bungard, lawyer and president of the Catholic Law Society of London and Middlesex, again supporting the brief.

I can advise that our brief has also been provided to other guilds across the country for their consideration. In view of the timing spent in putting it together and submitting it to you, many of them have not responded to us before today to say whether they are prepared to endorse or support the brief. However, I have advised those groups to deal directly with the Senate committee, and in this regard you may be receiving letters of support for our submissions.

I can advise that David Brown will be taking the lion's share of our presentation time with you here today, and Angela Costigan will also have some remarks, following which we would be more than pleased to answer your questions.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 5 juillet 1994

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 14 h pour procéder à l'étude et rendre compte, conformément à son ordre de renvoi, des questions juridiques, sociales et éthiques se rapportant à l'euthanasie et au suicide assisté.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Nous sommes très heureux d'avoir avec nous cet après-midi des représentants de la Société juridique Thomas More de Toronto. M. Horgon en est le président. Veuillez nous présenter vos collègues.

Philip Horgon, président, Société juridique Thomas More: Je suis accompagné aujourd'hui d'un membre étudiant de notre société, M. Tim Egan, de M. David Brown, associé au cabinet Stikeman Elliott, de Toronto, et de Mme Angela Costigan, qui pratique le droit à Toronto et est une ancienne présidente de la Société juridique Thomas More.

Honorables sénateurs, il nous fait plaisir d'être ici avec vous. Je voudrais faire quelques remarques préliminaires. Vous trouverez trois documents dans les trousseaux placés devant vous. Le premier est notre mémoire, qui constitue le document le plus volumineux. Bien qu'il ait été envoyé par messenger aux bureaux du Sénat mercredi dernier, il semble qu'il ne vous soit parvenu qu'hier ce qui signifie que, malheureusement, bon nombre d'entre vous n'ont probablement pas eu la chance de l'examiner. Pour vous faciliter la tâche, vous trouverez un sommaire de trois pages des représentations qui figurent dans le reste du mémoire. Nous ferons référence au mémoire au cours de notre exposé et j'espère que vous aurez le temps de l'examiner plus attentivement.

Les deux autres documents sont des lettres provenant de sociétés constituées de façon similaire dans deux autres villes de l'Ontario. La première provient de la Société juridique Thomas More d'Ottawa, de la main de son président, M. Dennis Power, du cabinet Nelligan Power. De fait, elle signale l'appui de la Société juridique Thomas More d'Ottawa à notre mémoire et nous encourage dans nos efforts. La deuxième est une lettre de M. Paul Bungard, avocat et président de la *Catholic Law Society of London and Middlesex*, qui appuie aussi notre mémoire.

Je vous informe que notre mémoire a aussi été remis à d'autres sociétés au pays pour fins d'examen. Étant donné que le mémoire a été élaboré et soumis à votre attention dans des délais serrés, certaines de ces sociétés ne nous avaient pas répondu en date d'aujourd'hui pour indiquer si elles étaient disposées à s'associer à notre mémoire ou à l'appuyer. Cependant, j'ai demandé à ces groupes de communiquer directement avec le comité sénatorial et vous recevrez peut-être des lettres d'appui à notre mémoire.

Je vous signale que David Brown se chargera de la plus grande partie de notre exposé aujourd'hui, tandis qu'Angela Costigan fera quelques commentaires, après quoi nous serons heureux de répondre à vos questions.

[Text]

A little bit about the Thomas More Lawyers' Guild: Our guild has its roots in the Toronto area from the mid-1920s. One of the significant occasions in the legal year is the opening of the courts each September, for which the guild hosts the Red Mass at St. Michael's Cathedral to mark the opening. Our guild has been involved in the organization of the Red Mass since the early 1930s. Part of our guild's role, in addition to sponsoring the Red Mass, is to encourage the discussion and study of jurisprudence and the practice of law as it affects Catholic lawyers. Without further ado, I will turn the proceedings over to David Brown.

David Brown, Member, Thomas More Lawyers' Guild: Madam Chair, members of the committee, the perspective which we wish to bring today to this committee is the perspective of lawyers. We know that a number of physicians and other people in the health care area have testified before this committee. We hope we can be of some assistance by discussing certain legal principles which we consider to be at stake in this particular debate.

Our submissions are focused on proposals or suggestions to amend section 241 of the Criminal Code to relax the current absolute prohibition against consensual death. In particular, our submissions will focus on the suggestions that doctor-assisted suicide should now be permitted under our law.

As a guild, we oppose any such change. We do not intend to address the issue of the refusal of medical treatment. In our view, that area is covered because the principles of common law are sufficiently well developed.

As Mr. Horgon has indicated, our written submission goes into some detail as to the principles we wish to place before the committee. In these oral submissions, I would like to identify and deal with three groups of important legal principles which we submit are at stake.

The first principle which I wish to address will be the rationale in support of their position that proponents of doctor-assisted suicide put forward. Essentially, their position is founded on the principle of individual autonomy, and it will be our submission that this committee should reject encoding into our law any principle of unrestricted individual autonomy.

The second issue which I wish to address is really an alternative one. Even if this committee were inclined to alter the law to permit doctor-assisted suicide, it would be our submission that Parliament would be unable to establish any system which would ensure that only those who voluntarily choose to be killed will be killed. In effect, mistakes will happen under any system, and, in our submission, that is reason to reject any change.

The third area which I will deal with is that once the absolute prohibition of section 241 of the Criminal Code is altered, there is no basis in principle to restrict doctor-assisted suicide to cases of

[Traduction]

Quelques mots au sujet de la Société Juridique Thomas More. Notre société a été créée dans la région de Toronto au milieu des années 20. L'un des événements importants de l'année juridique est l'ouverture des tribunaux en septembre, qui est marquée par la célébration de la messe rouge, à la cathédrale St. Michael's, sous l'égide de la Société. Notre société a participé à l'organisation de la messe rouge depuis le début des années 30. Outre le parrainage de la messe rouge, le rôle de la Société consiste notamment à susciter la discussion et l'étude de la jurisprudence et de la pratique du droit en ce qu'elles concernent les avocats de foi catholique. Sans autres formalités, je cède maintenant la parole à David Brown.

David Brown, membre, Société juridique Thomas More: Madame la présidente, membres du comité, le point de vue que nous voudrions faire valoir aujourd'hui devant le comité est celui des avocats. Nous savons qu'un certain nombre de médecins et d'autres intervenants du domaine de la santé ont témoigné devant ce comité. Nous espérons être d'une certaine utilité en traitant de certains des principes juridiques qui sont en jeu, selon nous, dans ce débat particulier.

Notre mémoire est orienté vers les propositions ou les suggestions visant à modifier l'article 241 du Code criminel pour alléger l'interdiction absolue qui s'applique actuellement au décès par consentement. En particulier, nos observations porteront sur les arguments selon lesquels le suicide assisté par un médecin devrait être permis en vertu de notre droit.

En tant que société, nous nous opposons à un tel changement. Nous n'avons pas l'intention d'aborder la question du refus d'accorder un traitement médical. À notre avis, cette question est traitée dans la mesure où les principes de la *common law* sont suffisamment bien développés.

Comme l'a indiqué M. Horgon, nous examinons quelque peu en détail dans notre mémoire les principes que nous souhaitons faire valoir au comité. Dans nos commentaires verbaux, je voudrais définir et traiter de trois grands groupes de principes juridiques qui sont en jeu selon nous.

Le premier principe dont je voudrais traiter est la justification invoquée par les partisans du suicide assisté par un médecin. Essentiellement, cette position est fondée sur le principe de l'autonomie de la personne et nous ferons valoir que votre comité devrait rejeter l'idée d'inscrire dans notre droit tout principe d'autonomie individuelle absolue.

La deuxième question que je voudrais aborder a trait, en réalité, à une solution de rechange. Même si le comité était enclin à modifier la loi pour permettre le suicide assisté par un médecin, nous ferions valoir que le Parlement serait incapable d'établir un système qui garantirait que seules les personnes qui choisissent volontairement d'être tuées le seraient. De fait, des erreurs se produisent quel que soit le système et, dans notre mémoire, nous faisons valoir que c'est là une raison suffisante pour rejeter toute modification.

La troisième question dont je voudrais traiter est qu'une fois que l'on aura porté atteinte au principe de l'interdiction absolue imposée à l'article 241 du Code criminel, il n'y aura plus de

[Texte]

the terminally ill, and thus, inevitably, pressures will arise to extend doctor-assisted suicide to other groups.

If I could turn, then, to the first submission. It is our submission that this committee should reject the principle of unrestricted individual autonomy. We saw from the testimony of some previous witnesses before this committee that there was some discussion as to what are the appropriate terms or definitions to use in the debate. If I could refer you to sections 2.04 and 2.05 of our submissions, we have set out the definitions that we use.

In our view, doctor-assisted suicide is a form of active euthanasia. It is an act which involves a person taking direct action with the intention of ending a life. In our submission, whether the doctor is the direct agent of the killing, for example, administering a lethal dose, or whether the doctor aids a person in killing herself, such as setting up a machine or providing medicine which a person can take, in either case, doctor-assisted suicide involves the killing of one person by another and, in short, is a form of active euthanasia. It may either be voluntary, with the consent of the individual, or involuntary, either against or without the wishes of the individual. Therefore, as we perceive it, the debate centres on whether our law should be amended to allow one person to kill another.

The justification that we see advocates of doctor-assisted suicide putting forward is the justification of individual autonomy; that is, each person is the master of his or her own body, and that mastery includes determining how long you can live, when you can end your life, and how you can end your life.

It was on that basis that the minority of the judges of the Supreme Court of Canada in the *Rodriguez* case founded their dissents.

We have two responses to this principle of individual autonomy. Our first response is that our Canadian legal system has never recognized a principle of unrestricted individual autonomy. It is part of our legal system and tradition that all acts of an individual are subject to some restraint or some limitation for the good of society. Indeed, section 1 of our Charter of Rights and Freedoms indicates that any right or freedom guaranteed under the charter can be limited, as long as it is demonstrably justifiable in a free and democratic society.

In particular, our law has never recognized the principle of consensual death. I am sure the members of this committee are familiar with section 14 of the Criminal Code, which I have reproduced in paragraph 3.07 of our brief. It prohibits a person from consenting to his or her own death and provides that if someone kills another person, it is no defence to say that it was at the consent of the other person.

[Translation]

fondement, en principe, permettant de restreindre le suicide assisté par un médecin aux cas des malades en phase terminale et, en conséquence, des pressions s'exerceront inévitablement pour étendre le suicide assisté par un médecin à d'autres groupes.

Si vous me le permettez, je passerez maintenant à la première observation. Nous sommes d'avis que le comité devrait rejeter le principe de l'autonomie individuelle absolue. Nous constatons, à la lumière des témoignages de certains témoins qui sont comparus devant le comité, que l'on a discuté jusqu'à un certain point des termes ou des définitions qu'il serait approprié d'employer dans ce débat. Je vous inviterais à consulter les sections 2.04 et 2.05 de notre mémoire où nous avons précisé les définitions que nous employons.

À notre avis, le suicide assisté par un médecin est une forme d'euthanasie active. C'est un acte par lequel une personne agit directement avec l'intention de mettre fin à la vie. Dans notre mémoire, nous soumettons qu'il importe peu que le médecin soit l'agent direct de la mise à mort, par exemple en administrant une dose mortelle, ou qu'il aide une personne à se donner elle-même la mort, par exemple en mettant en place un dispositif ou en fournissant des médicaments que la personne peut prendre, dans un cas comme dans l'autre, le suicide assisté par un médecin signifie qu'une personne est mise à mort par une autre personne ce qui, en deux mots, est une forme d'euthanasie active. Celle-ci peut être soit volontaire, c.-à-d. pratiquée avec le consentement de la personne, soit involontaire, avec ou sans son consentement. De notre point de vue, donc, le débat porte sur la question de savoir si notre droit doit être modifié pour permettre à une personne d'en tuer une autre.

La justification invoquée par les partisans du suicide assisté par un médecin est celle de l'autonomie individuelle; autrement dit, chaque personne est maître de son corps et cette maîtrise englobe la détermination de la durée de la vie, du moment où la vie peut prendre fin et de la façon dont cela peut se faire.

C'est sur cette base que la minorité des juges de la Cour suprême du Canada qui se sont prononcés dans l'affaire *Rodriguez* ont fondé leur dissidence.

Nous avons deux réponses à opposer à ce principe de l'autonomie individuelle. Notre première réponse est que le système juridique canadien n'a jamais reconnu le principe de l'autonomie individuelle absolue. Dans notre système et dans notre tradition juridique, tous les actes d'une personne sont assujettis à certaines restrictions ou limites pour le bien collectif. De fait, l'article 1 de notre Charte des droits et libertés précise que tout droit ou liberté garanti en vertu de la Charte peut être restreint, en autant que l'on puisse démontrer que cela est justifié dans une société libre et démocratique.

En particulier, notre droit n'a jamais reconnu le principe du décès par consentement. Je suis convaincu que les membres du comité connaissent l'article 14 du Code criminel, que nous avons reproduit au paragraphe 3.07 de notre mémoire. Cet article interdit à une personne de consentir à son décès et précise que si une personne en tue une autre, elle ne peut invoquer en défense le consentement de la personne tuée.

[Text]

In our submission, that particular principle is a profound principle, one that has been recognized and acted upon in this country for decades. We believe it indicates a profound insight by our law that the killing of any person, even at the person's request, is not simply an isolated act or, in the language of the current debate, an exercise of an individual's autonomy rights. The killing of any person, for whatever reason, is a social act which goes to the very core of our understanding of society and full citizenship in society. As we indicate in section 3.07 of our brief, the frequency, manner and motivation for killing are all matters with social consequences, because the measure of any civilized behaviour is the degree of protection which society affords to human life.

I would simply note at this point that another legislative committee, the Select Committee on Medical Ethics of the House of Lords, which reported earlier this year, adopted this point as one of the very reasons why it rejected any suggestion that doctor-assisted suicide should be recognized under English law.

We have also referred in our brief to other circumstances whereupon, if the principle of consensual death is adopted, certain results might follow that would not be desirable. The example of duelling is included in our brief as one example of another form of consensual death. If one analyzes it strictly from the legal principle, it is not different at all from doctor-assisted suicide. In the case of duelling and assisted suicide, you have the person consenting to death, the person inflicting death, willing to do so, and you also have no rights of a third party being affected by it. Our law rejects duelling as an appropriate form of behaviour, and the same legal principles which underlie that rejection, we submit, should found the rejection of doctor-assisted suicide.

The second response we have to this principle of unrestricted individual autonomy is more a practical one in the sense of, when society or, in particular, this Parliament is faced with the very difficult and trying situation of people suffering because of various illnesses, how should Parliament respond to that problem? In our view, the response should be one which truly enhances human dignity and rationally addresses the underlying problem it is trying to solve.

In paragraphs 312 and 313 of our brief, we have drawn an analogy to the changes in perception and activities which society has undertaken to better the place of another segment of society; that is, the physically disabled. As we note in our brief, perhaps one of the most significant contributions our generation has made has been the betterment of the disabled in society. They have been accepted into the mainstream, and considerable resources and energy have been devoted to ensure not only that the physically disabled can partake of day-to-day action, but that people in society recognize that any person, regardless of whether they have a physical deformity or mental infirmity, has an innate human dignity which society should value.

[Traduction]

Dans notre mémoire, ce principe a une très grande importance, un principe reconnu et appliqué dans ce pays depuis des décennies. Nous croyons qu'il signale une perception profonde, dans notre droit, à savoir que le fait de tuer une personne, même à la demande de celle-ci, ne constitue pas simplement un acte isolé, ou, pour reprendre les termes du débat actuel, un exercice du droit individuel à l'autonomie. Le fait de tuer une personne, quelle qu'en soit la raison, est un acte social qui va au coeur même de notre compréhension de la société et de la participation à la société comme citoyen à part entière. Comme nous l'indiquons à la section 3.07 de notre mémoire, la fréquence de mise à mort, la façon de le faire et le motif sous-jacent sont toutes des questions qui ont des conséquences sociales parce que la mesure de tout comportement civilisé est le degré de protection que la société accorde à la vie humaine.

Je noterais simplement à ce stade qu'un autre comité législatif, le *Select Committee on Medical Ethics* de la Chambre des Lords, qui a fait rapport plus tôt cette année, a adopté ce point de vue comme étant l'une des raisons essentielles pour lesquelles il a rejeté toute recommandation visant à faire reconnaître en vertu du droit anglais le suicide assisté par un médecin.

Nous avons aussi relaté dans notre mémoire d'autres circonstances qui, dans l'hypothèse où le principe du décès consensuel serait adopté, pourraient engendrer certains résultats qui ne seraient pas souhaitables. Le cas du duel est présenté dans notre mémoire comme un autre exemple de forme de décès par consentement. Si l'on analyse le duel d'un strict point de vue juridique, il ne diffère pas des autres formes de suicide assisté par un médecin. Dans le cas du duel et du suicide assisté, il y a une personne qui consent à mourir, une personne qui donne la mort — l'une et l'autre disposées à le faire — et il n'y a aucun droit pour les tiers concernés. Notre droit rejette le duel en tant que forme appropriée de comportement et nous faisons valoir que les principes juridiques qui sous-tendent ce rejet devraient aussi servir de fondement au rejet du suicide assisté par un médecin.

La deuxième réponse que nous voulons opposer au principe de l'autonomie individuelle absolue est de nature plus pratique; lorsque la société ou, plus précisément, le Parlement est placé devant la situation très difficile et éprouvante de gens souffrant de diverses maladies, comment ce dernier devrait-il réagir à la situation? À notre avis, sa réaction devrait aller dans le sens d'une plus grande dignité en s'attaquant rationnellement au problème sous-jacent qu'il tente de résoudre.

Au paragraphes 312 et 313 de notre mémoire, nous avons fait une analogie avec les changements de perception et d'activités entrepris par la société pour améliorer le sort d'un autre groupe de la société, en l'occurrence les handicapés physiques. Comme nous le signalons dans notre mémoire, l'une des contributions peut-être les plus significatives de notre génération a été l'amélioration de la condition des personnes handicapées dans la société. Celles-ci ont été acceptées dans la vie de tous les jours et des ressources et une énergie considérables ont été déployées pour faire en sorte que non seulement les personnes ayant un handicap physique puissent participer aux activités courantes mais que les gens reconnaissent que toute personne, peu importe qu'elle ait une

[Texte]

It is our submission that a similar approach should be taken in the present case, that the natural sympathy people have for those who are suffering because of illnesses, be they terminal or not, should result in society meeting the challenge by devoting its resources to bettering and improving their position. We should extend palliative care and other medical resources to treat particular conditions. As well, Canadian law should serve to educate members of society to learn to live with death and accept it as a natural and inevitable consequence of life. Thus, people within society will be encouraged to assist and comfort a terminally ill person so that the loved one's last days are enhanced with a sense of dignity.

Those are our two responses to the argument of individual autonomy.

The second issue at stake is the issue of safeguards. As members of this committee know from the dissenting decisions in the *Rodriguez* case, all of the judges — the Chief Justice, Madam Justice McLachlin and Justice Cory — thought that appropriate safeguards could be put in place so that any doctor-assisted suicide would only take place when someone truly consented to being killed. Their recognition of a change to section 241 was premised on the notion that only those who truly consented would be killed.

The first question we submit this committee must address in its considerations is this: What margin of error are you prepared to adopt in any legislative scheme you propose? It is our submission that the standard you should accept should have no risk of a person being killed against his or her will. This is not an area in which one can try as best as possible to minimize the mistakes, because the consequences of a mistake in this area are tragic: they would result in the death of a person.

As lawyers, we can safely say that our collective experience shows that any system of legal guidelines, no matter how well-intentioned, will inevitably result in errors, given the simple fact that guidelines are administered by human beings and all humans err and fail. This is one of the reasons Parliament abolished capital punishment in the late-1960s and early-1970s. In section 5.06 of our brief, we have included a statement by the then Minister of Justice, the Honourable Mr. Hnatyshyn, that capital punishment should be abolished because mistakes can be made.

The proposals that being put before you require you to place on the doctors the power to determine whether a person truly has consented to their death or not. Our simple submission is that doctors are no less human than judges: judges can make errors when passing judgment on whether capital punishment should go;

[Translation]

différentielle physique ou une infirmité mentale, à une dignité humaine innée que la société devrait valoriser.

Nous faisons valoir qu'une approche semblable devrait être adoptée dans le cas présent, que la sympathie naturelle que les gens éprouvent pour ceux qui souffrent d'une maladie, qu'ils soient en phase terminale ou non, devrait faire en sorte que la société relève le défi en consacrant ses ressources à améliorer leur condition. Nous devrions étendre la portée des soins palliatifs et des autres ressources médicales au traitement de troubles particuliers. En outre, la loi canadienne devrait servir à faire l'éducation des membres de la société pour qu'ils apprennent à vivre avec la mort et l'accepter comme une conséquence naturelle et inévitable de la vie. Ainsi, les membres de la société seraient incités à aider et à reconforter les malades en phase terminale pour que les derniers moments des gens que l'on estime soient rehaussés d'un sentiment de dignité.

Voilà nos deux réponses à l'argument de l'autonomie individuelle.

La deuxième question qui se pose a trait aux mesures de protection. Comme les membres du comité le savent, à la suite des opinions dissidentes exprimées dans l'affaire *Rodriguez*, tous les juges — le juge en chef, la juge McLachlin et le juge Cory — ont estimé que des mesures de protection appropriées pouvaient être mises en place pour que tout suicide assisté par un médecin ne se produise que lorsque la personne consent véritablement à être tuée. Leur appui à une modification de l'article 241 était fondé sur la notion que seules les personnes qui y consentent vraiment seraient tuées.

La première question que le comité devrait examiner, selon nous, est la suivante: Quelle marge d'erreur êtes-vous prêts à adopter dans un projet de loi? Nous faisons valoir que la norme que vous devriez accepter est qu'il n'y ait aucun risque qu'une personne soit tuée contre sa volonté. Ce n'est pas un domaine où nous pouvons faire du mieux que nous pouvons afin de réduire au minimum les erreurs, parce que les conséquences d'une erreur dans ce domaine sont tragiques: elles signifieraient la mort d'une personne.

En tant qu'avocats, nous pouvons affirmer sans risque que notre expérience collective a démontré que tout système de lignes directrices juridiques, en dépit des meilleures intentions, engendre inévitablement des erreurs, du simple fait que ces lignes directrices sont administrées par des être humains et que tous les humains commettent des erreurs et des fautes. C'est l'une des raisons pour lesquelles le Parlement a aboli la peine capitale à la fin des années 60 et au début des années 70. À la section 5.06 de notre mémoire, nous avons reproduit une déclaration faite par le ministre de la Justice de l'époque, l'honorable M. Hnatyshyn, qui déclarait que la peine capitale devait être abolie parce que des erreurs peuvent être commises.

Les propositions que l'on vous a soumises exigent que vous accordiez aux médecins le pouvoir de déterminer si une personne a vraiment consenti à sa mort ou non. Nous faisons tout simplement valoir que les médecins sont des être humains au même titre que les juges: les juges peuvent commettre des erreurs

[Text]

doctors inevitably will make errors in determining whether or not a person is terminally ill or has truly consented.

It is significant, we submit, that other jurisdictions have considered this particular issue. Given the prospect of error in any system of guidelines, they have rejected calls for an amendment of the law to allow doctor-assisted suicide. In sections 5.08 and 5.09 of our brief, we have reproduced extracts from the United Kingdom Select Committee, and also the New York State task force which reported only a month ago, both of which recognize the prospect of error and, for that reason, rejected calls for an amendment to the law.

We submit that the most concrete experience this committee should look to is the experience in Holland. In effect, the committee would have the benefit of a royal commission, the Rummelink Committee, which reported in the early 1990s on over a decade's worth of experience in Holland where certain judicial guidelines were set up.

In sections 5.11 and 5.12 we have dealt with some of the findings of that particular committee, and there are two which I wish to highlight for the purposes of this committee.

The Rummelink Committee found that each year there were approximately 130,000 deaths in the Netherlands. Of those, approximately 25,000 resulted from various cases of euthanasia, and over 400 were physician-assisted suicide. Most strikingly, based upon the interviews which it conducted with physicians, the committee concluded that out of those cases there were approximately 1,000 cases of active involuntary euthanasia each year.

That particular finding was adopted and looked upon by the United Kingdom Select Committee as a solid reason for rejecting calls for the change of the law. The New York State Task Force, when it issued its press release, took that particular statistic, extrapolated it to the population of the United States as a whole, and concluded that, if the law were relaxed, there would be approximately 16,000 cases of involuntary euthanasia each year. That was one of the reasons which led to the rejection of such a change.

It is our submission that the Dutch experience and the resulting involuntary deaths that have occurred there should be sufficient to persuade this committee that any relaxation of section 241 of the Criminal Code would result in some involuntary deaths, and that such a possibility should be unacceptable to Canadians.

The third and final area I wish to deal with is the proposition that if the absolute prohibition in section 241 of the code is relaxed, then there is no principle upon which doctor-assisted suicide could be limited by law to cases of the terminally ill; it would inevitably be extended to other cases.

[Traduction]

au moment de rendre un jugement sur la nécessité d'appliquer la peine capitale; les médecins commettront inévitablement des erreurs en tentant de déterminer si une personne est ou non en phase terminale ou si elle a vraiment consenti à mourir.

À notre avis, il est significatif que d'autres sphères de compétence aient étudié cette question. Étant donné le risque d'erreur que comporte tout système de lignes directrices, elles ont rejeté les requêtes visant à faire modifier la loi pour permettre le suicide assisté médicalement. Aux sections 5.08 et 5.09 de notre mémoire, nous avons reproduit des extraits des délibérations du comité spécial du Royaume-Uni et du groupe d'étude de l'État de New York qui a fait report il y a tout juste un mois, lesquels reconnaissent la probabilité d'une erreur et, pour cette raison, rejettent les requêtes en vue de faire modifier la loi.

Nous faisons valoir que l'expérience la plus concrète que le comité devrait étudier est celle des Pays-Bas. De fait, le comité profiterait ainsi des travaux réalisés par une commission royale, le comité Rummelink, qui a fait rapport au début des années 90 sur plus d'une décennie d'expérience dans ce pays, où certaines lignes directrices judiciaires ont été établies.

Aux sections 5.11 et 5.12 du mémoire, nous avons traité de certaines des constatations de ce comité, dont deux que je voudrais signaler pour les fins du comité.

Le comité Rummelink a constaté qu'environ 130 000 décès survenaient à chaque année aux Pays-Bas. De ce nombre, environ 25 000 représentaient divers cas d'euthanasie et plus de 400 étaient des suicides assistés médicalement. La constatation la plus frappante, sur la base des entrevues réalisées auprès de médecins, est que le comité soit arrivé à la conclusion que, sur ce nombre total de cas, il y avait environ 1 000 cas d'euthanasie active involontaire annuellement.

Cette constatation particulière a été retenue et considérée par le comité spécial du Royaume-Uni comme une très bonne raison de rejeter les demandes visant à faire modifier la loi. Au moment de la publication de son communiqué de presse, le groupe d'étude de l'État de New York a extrapolé cette statistique à l'ensemble de la population des États-Unis pour en conclure que, si la loi était assouplie, il y aurait environ 16 000 cas d'euthanasie involontaire annuellement. C'est l'une des raisons qui ont incité au rejet d'une telle modification.

Nous faisons valoir que l'expérience des Pays-Bas et le nombre de décès involontaires qui se produisent dans ce pays devraient suffire à persuader le comité que tout assouplissement de l'article 241 du Code criminel entraînerait un certain nombre de décès involontaires et qu'une telle possibilité devrait être considérée comme inacceptable par les Canadiens.

Le troisième et dernier aspect que je voudrais aborder a trait à l'argument selon lequel tout assouplissement de l'interdiction absolue qui est faite à l'article 241 du Code signifierait qu'il n'y aurait plus de principe sur lequel fonder une limitation des suicides assistés par un médecin au seul cas des patients en phase terminale; cette pratique s'étendrait inévitablement à d'autres cas.

[Texte]

The reason I make that submission is because the logic of the *Rodriguez* case compels such a result, because the majority of judges in the *Rodriguez* case who were prepared to change the law stated that the issue was one of individual autonomy over a person's life. If that is the proposition, then the relentless logic of sections 7 and 15 of our charter would make it difficult to conceive of any circumstance where assisted suicide should be limited if a person wants to die, and that to restrict it to the case of the terminally ill would be an arbitrary distinction. One could equally go before the court and say, "It should not be limited to the terminally ill. I am severely depressed and should be entitled to the same benefit of doctor-assisted suicide as someone else would be."

In our submission, the inevitable outcome of any change to the law would be that other groups would come before you seeking to extend doctor-assisted suicide far beyond any area which you now contemplate. In my view, this submission is not simply one of trying to adopt scare tactics, because if one looks at the literature, this discussion is already taking place. We would like to leave the committee with three illustrations of how people are advocating that the line be pushed out.

The first one is found on page 35, section 6.05, of our brief. I have quoted there from Professor Glanville Williams. He may not be well known in Canada, but is the leading criminal scholar in the United Kingdom, and any person who goes to a Canadian law school will read something by Glanville Williams. In 1975, he commented that his opinion as to a patient's right to decide whether or not he or she wishes to continue to exist applies also to those in mental hospitals. He stated, "I reject the argument that mental patients as a class are unable to form competent decisions to commit suicide. This may be the one rational decision that they are able to make."

In section 6.06, I have discussed some arguments made by Professor Ronald Dworkin, a well-known legal professor. As many of you will know, he has recently released a book entitled *Life's Dominion*, which includes a discussion of euthanasia. Professor Dworkin rationalizes that extending doctor-assisted suicide to cases of people who are suffering from dementia, on the basis that if a competent person writes a living will stating, "If I become demented I wish to be put to death," those instructions should be followed, notwithstanding that at the time the person is put to death, he or she may be walking, talking, and living life, albeit in a demented stage. Therefore, he was prepared to advocate that doctor-assisted suicide be extended to that particular case.

More concretely and more recently, there is the case in Holland of Dr. Chabot, which I have discussed in section 6.07 of the brief. Dr. Chabot provided barbiturates to a patient who killed herself. The patient was a 50-year old woman who, after the death of her

[Translation]

Je fais valoir cet argument parce que la logique de l'affaire *Rodriguez* aboutit à une telle conclusion, étant donné que la majorité des juges qui étaient disposés à modifier la loi ont indiqué qu'il s'agissait d'une question d'autonomie individuelle à l'égard de la vie d'une personne. Si c'est là le principe en cause, alors la logique implacable des articles 7 et 15 de notre Charte ferait en sorte qu'il serait très difficile de concevoir une situation où un suicide assisté devrait être limité lorsqu'une personne souhaite mourir et que le fait de restreindre une telle pratique au cas des malades en phase terminale constituerait une distinction arbitraire. On pourrait aussi s'adresser au tribunal et affirmer: «Cette pratique ne devrait pas être limitée aux malades en phase terminale. Je suis en dépression profonde et j'ai droit de profiter au même titre qu'un autre d'un suicide assisté par un médecin».

Dans notre mémoire, la conséquence inévitable de toute modification de la loi serait que d'autres groupes se présenteraient devant vous pour demander que le suicide assisté par un médecin soit étendu à des domaines qui excèdent considérablement celui que vous envisagez actuellement. À mon avis, cet argument ne se résume pas simplement à un recours à des tactiques alarmistes, parce que si l'on examine les textes publiés, on constate que ce débat est déjà amorcé. Nous aimerions donner au comité trois exemples où les gens font valoir que la limite devrait être repoussée.

La première se trouve à la section 6.05, à la page 35 de notre mémoire. J'ai cité à cet égard le professeur Glanville Williams. Celui-ci n'est peut-être pas bien connu au Canada, mais c'est l'un des plus éminents professeurs de criminalité au Royaume-Uni et toute personne qui fréquente une école de droit au Canada consultera des travaux publiés par Glanville Williams. En 1975, il a indiqué que son point de vue sur le droit d'un patient de décider s'il souhaitait ou non continuer de vivre s'appliquait aussi aux patients des hôpitaux psychiatriques. Il a affirmé: «Je rejette l'argument selon lequel les malades mentaux constituent une catégorie de gens incapables de prendre une décision compétente en matière de suicide. C'est peut-être là l'une des seules décisions rationnelles qu'ils sont en mesure de prendre».

À la section 6.06, j'ai discuté de certains arguments présentés par Ronald Dworkin, un professeur de droit bien connu. Comme beaucoup d'entre vous le savez, il a récemment publié un ouvrage intitulé *Life's Dominion*, qui renferme une analyse de la question de l'euthanasie. Le professeur Dworkin rationalise l'extension du suicide assisté par un médecin au cas des personnes qui souffrent de démence, en faisant valoir que si une personne compétente rédige un testament biologique dans lequel elle déclare: «Si je suis frappée de démence, je souhaite être mise à mort», ces instructions devraient être suivies, nonobstant le fait qu'au moment où la personne est mise à mort, elle peut marcher, parler et vivre, même si elle est dans un état de démence. En conséquence, il était disposé à préconiser l'extension du suicide assisté médicalement à ce cas particulier.

Plus concrètement et plus récemment, il y a eu le cas du Dr Chabot, aux Pays-Bas, dont j'ai traité à la section 6.07 du mémoire. Le Dr Chabot a fourni des barbituriques à une patiente qui s'est donnée la mort. La patiente était une femme de 50 ans

[Text]

two sons and the break up of her marriage, was severely depressed and said she wanted to die. The doctor gave her the drugs and she died. In April of 1993, the Dutch court found that Dr. Chabot was medically justified and had followed the established guidelines in helping the healthy but depressed patient to die. Approximately a week ago the highest court in the Netherlands, the Netherlands Supreme Court, found Dr. Chabot guilty, because he had not followed the technical requirement of the guidelines to get the opinion of a second doctor. The court ruled, however, that Dr. Chabot had been punished.

That is a concrete example of how far doctor-assisted suicide can be pushed in a European country.

In section 6.08, I have extracted other pronouncements from the Dutch justice ministry and some physicians' groups that are prepared to extend it to severely handicapped newborns and psychiatric patients.

As stated in section 6.09 of our submission, the American Medical Association, in rejecting calls for doctor-assisted suicide, focused on the issue that once the absolute prohibition is relaxed, one will not be able to draw a principled line upon which to say to one group that it may have the assistance of a doctor in committing suicide, and yet to say to another that it cannot.

It is our respectful submission that this committee, in its consideration of this very emotionally charged issue, should not lose sight of these long-term consequences which will result from any change in section 241 of the act. Simply put, this committee is not looking into a case similar to that of Sue Rodriguez. The consequences of any decision made here will be more profound and more wide-reaching.

Our concludes indicates that there are alternatives open to this committee. This is dealt with in section 7 of our submission.

We conclude that this committee should recommend that more resources be put into the area of palliative health care, and should also encourage people and change people's mind-set to the idea that terminally ill people have their own innate sense of worth and dignity, and that all members of society, be they friends, relatives, or neighbours, should assist people in coming to terms with their deaths and seeing them through to their final end.

Those are the highlights of the submissions we would like to leave with the committee. Ms Costigan has one further submission that she would like to make to you.

Ms Angela Costigan, Past President, Thomas More Lawyers' Guild: Mr. Chairman, members of the committee, I flew here this morning from Toronto; I noticed that one thing the pilot did not do was ask for a consensus of the passengers as to how to fly the plane. I went for lunch at the Chateau Laurier; I noticed that the chef did not ask for a consensus on what food

[Traduction]

qui, après la mort de ses deux fils et la rupture de son mariage, était tombée en dépression profonde et affirmait vouloir mourir. Le médecin lui a fourni les médicaments et elle est décédée. En avril 1993, le tribunal hollandais est venu à la conclusion que le Dr Chabot avait une justification médicale et avait suivi les lignes directrices établies en aidant une patiente en santé, mais déprimée, à mourir. Il y a environ une semaine, le tribunal le plus élevé des Pays-Bas, soit la Cour suprême, a jugé le Dr Chabot coupable parce qu'il n'avait pas respecté l'exigence technique figurant dans les lignes directrices au sujet de l'obtention de l'avis d'un deuxième médecin. Le tribunal a toutefois statué que le Dr Chabot avait déjà été puni.

Cela illustre concrètement jusqu'où peut aller le suicide assisté médicalement dans un pays européen.

À la section 6.08, j'ai reproduit certains extraits de déclarations provenant du ministère de la Justice et de certains groupes de médecins des Pays-Bas qui sont prêts à étendre le suicide assisté médicalement aux nouveaux-nés gravement handicapés et aux patients psychiatriques.

Tel qu'indiqué à la section 6.09 de notre mémoire, l'*American Medical Association*, en rejetant les appels au suicide assisté par un médecin, a insisté sur le fait qu'une fois assoupli le principe de l'interdiction absolue, on ne sera plus en mesure de tracer une ligne de démarcation rationnelle en fonction de laquelle on pourra dire à un groupe de personnes qu'elles peuvent obtenir l'aide d'un médecin pour se suicider tout en la refusant à un autre groupe.

Nous faisons respectueusement valoir que dans le cadre de son examen de cette question émotivement très délicate, le comité ne devrait pas perdre de vue ces conséquences à long terme qui découleront de toute modification de l'article 241 de la loi. En termes simples, le comité n'étudie pas une cause semblable à celle de Sue Rodriguez. Les conséquences de toute décision prise dans cette enceinte seront plus profondes et auront une plus vaste portée.

Nos conclusions indiquent que des solutions de rechange s'offrent au comité. Nous en traitons à la section 7 de notre mémoire.

Nous arrivons à la conclusion que le comité devrait recommander que des ressources supplémentaires soient affectées au secteur des soins de santé palliatifs et que l'on devrait aussi encourager les gens et les sensibiliser à l'idée que les malades en phase terminale ont leur propre sens inné de la valeur et de la dignité et que tous les membres de la société, qu'il s'agisse d'amis, de parents ou de voisins, devraient aider les gens à assumer leur mort et les accompagner jusqu'à leurs derniers moments.

Ce sont les points saillants des observations que nous voulons transmettre au comité. Mme Costigan aimerait maintenant ajouter un commentaire.

Mme Angela Costigan, ancienne présidente, Société juridique Thomas More: Madame la présidente, membres du comité, je suis venue ici ce matin par avion; j'ai remarqué que la chose que le pilote n'a pas faite a été de chercher à obtenir un consensus parmi les passagers sur la façon de piloter l'avion. J'ai déjeuné au Château Laurier et j'ai remarqué que le chef n'a pas cherché à

[Texte]

would be safe to offer us to eat. I came to this building and pressed an elevator button and it brought me directly to the third floor.

Those comments may seem somewhat irrelevant to the issue of euthanasia and assisted suicide. I mention them to the committee for the following reason: We have the gift of human reason; we have the ability to discover truth, and we do not discover truth by taking a poll.

I mention this to you because in this very significant task you have been asked to perform, you will be invited to conclude that there are many value systems, and one cannot know whether or not a value system is correct. You are given the task of trying to grapple with the meaning of human suffering, a task usually given to theologians and philosophers. When the Supreme Court deals with that task, it court openly states that it will not take into account philosophical or theological principles.

I respectfully submit, however, that in your role you cannot escape that task. If you determine that there are many value systems, all of which you must mesh together, and if you are honest in philosophical thinking, you make the statement that there is no such thing as a value system. As your responsibility, I invite you to take the personal task of probing deeply within yourselves as to what values you find are true.

I submit that there are two basic principles that are based on false premises, and will be put to you again and again throughout these hearings. The first is that we have an absolute right to control our own bodies. We can forgive other bodies or other entities for making that statement, but we cannot forgive this Senate if it makes that statement.

You tested it a couple of years ago. At that time you held a major vote on it. It involved another life issue, the abortion issue, but the question was: Would the bill pass in the house? The vote in the Senate was 50-50. Fifty per cent voted for it, and in doing so they also voted for the principle that we do not have absolute control over our bodies. Those who voted against that particular bill did so because they felt it did not require sufficient control. Therefore, the Senate stated that the majority accepted the principle that we do not have absolute control over our bodies, although it has been misstated broadly by others to the contrary.

A second principle which will be put to you, which I submit represents a false premise, is this: When Parliament's repealed the offence of attempted suicide, it is submitted that that represented the victory for our self autonomy. But if you read *Hansard* and look carefully at what was behind that decision, you will find that it was no longer an offence to attempt to commit suicide because our parliamentarians decided that area was for the sciences to deal with, the medical and social sciences, rather than by penal sanction. It was not a victory for self autonomy.

[Translation]

obtenir un consensus sur les aliments qu'il pourrait en toute sécurité nous offrir à manger. Je me suis rendue dans cet édifice et j'ai appuyé sur le bouton d'un ascenseur qui m'a conduite directement au troisième étage.

Ces commentaires peuvent sembler sans rapport avec la question de l'euthanasie et du suicide assisté. J'en fait mention au comité pour la raison suivante: nous sommes doués de raison humaine; nous avons la capacité de découvrir la vérité et nous ne découvrons pas la vérité en procédant un sondage.

Je mentionne cela devant vous parce que, dans cette tâche très importante que l'on vous a confiée, vous serez invités à conclure qu'il y a de nombreux systèmes de valeurs et que l'on ne peut savoir si un système de valeurs est juste ou non. On vous a confié la tâche de tenter de préciser la signification de la souffrance humaine, une tâche qui est habituellement réservée aux théologiens et aux philosophes. Lorsque la Cour suprême est appelée à assumer cette tâche, elle affirme ouvertement qu'elle ne tiendra pas compte des principes philosophiques ou théologiques.

Cependant, je fais respectueusement valoir que, dans votre rôle, vous ne pouvez échapper à cette responsabilité. Si vous déterminez qu'il y a de nombreux systèmes de valeurs, qu'il vous faut tous harmoniser, et si votre raisonnement philosophique est honnête, vous pourriez affirmer qu'il n'y a en réalité aucun système de valeurs. À titre de responsabilité personnelle, je vous invite à faire une introspection profonde pour déterminer quelles sont les valeurs que vous jugez authentiques.

Je suis d'avis qu'il y a deux principes fondamentaux appuyés sur de fausses prémisses qui vous seront présentés à maintes reprises tout au long de ces audiences. Le premier est que nous avons un droit absolu à contrôler notre corps. Nous pouvons excuser d'autres organismes ou d'autres entités qui énoncent ce principe, mais nous ne pouvons pardonner au Sénat de le faire.

Vous avez mis ce principe aux voix il y a quelques années. À l'époque, vous avez pris un vote important à ce sujet. Une autre question liée à la vie était alors en cause, celle de l'avortement, mais la question était: Le projet de loi serait-il adopté par la Chambre? Le vote du Sénat s'est départagé également. Cinquante pour cent des sénateurs ont voté en faveur et, ce faisant, ils ont aussi voté pour le principe selon lequel nous n'exerçons pas un contrôle absolu sur nos corps. Ceux qui ont voté contre ce projet de loi l'ont fait parce qu'ils estimaient qu'il n'était pas assorti d'un contrôle suffisant. En conséquence, le Sénat a affirmé que la majorité acceptait le principe que nous n'exerçons pas un contrôle absolu sur notre corps, bien que cela ait été en grande partie déformé par d'autres pour signifier le contraire.

Un deuxième principe qui sera évoqué devant vous et qui, à mon avis, se fonde sur une fausse prémisse, est le suivant: Lorsque le Parlement a aboli l'infraction que constituait la tentative de suicide, on a fait valoir que cela représentait une victoire pour notre autonomie individuelle. Mais si vous lisez le *Hansard* et si vous examinez attentivement les raisons sous-jacentes de cette décision, vous constaterez que l'on a décriminalisé la tentative de suicide parce que nos parlementaires ont jugé que cette question relevait davantage des sciences, en particulier des

[Text]

Those two premises, namely the right that we have absolute control over our bodies and the right that we have absolute right to basic autonomy, form the basis of the two minority decisions in *Rodriguez*. That is why the majority could not join with the minority. That is what was rejected by the majority.

In conclusion, I come close to repeating what my friend David Brown said, and that is, that there is no rational basis for restricting assisted suicide to terminal illness. In the case of Sue Rodriguez, no one seriously suggests today that she was suffering from physical pain. She was suffering from loss of self-respect, and from loss of dignity.

If we allow assisted suicide for personal loss of dignity, I see no rational basis to link the loss of dignity with terminal illness. At least with terminal illness, we know that the pain suffered from loss of dignity will be brief. I respectfully put to you that the loss of dignity or self-respect can be no less if a person loses his eye, his spouse or becomes bankrupt. I invite you to probe your own souls as you take on this amazing task.

Senator DeWare: It is interesting to listen to you discuss the *Rodriguez case*, one which we have been hearing about for a long time. My father had Lou Gehrig's disease, and lived with me in my home until approximately four hours before he passed away, at which time he was taken to the hospital. Therefore, I know what it is like to lose the use of your arms, to not be able to feed yourself, bathe yourself, read, smoke your pipe, or do all the kinds of things that he enjoyed in life.

I was 27 years of age at the time, and in those days families stayed home with families. He did not suffer. He had people who loved him and cared for him around him all the time. He was not happy with his condition, but he never mentioned the fact that he wished he could die, until he left the house that night and said good-bye. After living through that, I understand how a young person such as Sue Rodriguez felt about having her family witness her suffering.

The question I would like to ask deals with the fact that you believe an individual has the right to refuse treatment. You did not mention that, but that is a right we have. We have the right, if we are capable of exercising it.

Do you believe we have that right?

Mr. Brown: That is correct. As I indicated in the opening, I think the common law principles are very well established. There was a case a year or two ago in the Supreme Court of Canada that re-affirmed the patient's right to refuse treatment.

Much of the debate or popular perception seems to focus around trying to avoid the circumstance where, in the final weeks of a person's life, all you see are tubes and machines. There is

[Traduction]

sciences médicales et sociales, que du système pénal. Il ne s'agissait pas d'une victoire de l'autonomie individuelle.

Ces deux prémisses, à savoir le droit que nous avons d'exercer un contrôle absolu sur nos corps et le droit absolu à l'autonomie élémentaire sont à la base des deux opinions minoritaires dans l'affaire *Rodriguez*. C'est pourquoi la majorité n'a pu s'entendre avec la minorité. C'est ce qui a été rejeté par la majorité.

En conclusion, je ne suis pas loin de répéter ce que mon ami David Brown a déclaré, à savoir qu'il n'y a pas de fondement rationnel permettant de restreindre le suicide assisté au cas des malades en phase terminale. Dans le cas de Sue Rodriguez, personne ne prétend sérieusement aujourd'hui qu'elle souffrait physiquement. Elle souffrait d'une perte d'amour propre et d'une perte de dignité.

Si nous permettons le suicide assisté dans les cas de perte de dignité, je ne vois aucune raison de lier la perte de dignité au cas des malades en phase terminale. Dans le cas des malades en phase terminale, nous savons au moins que la douleur causée par la perte de dignité sera brève. Je fais respectueusement valoir que la perte de dignité ou d'amour propre n'est pas moins grande lorsqu'une personne perd un oeil, son conjoint ou déclare faillite. Je vous invite à faire une réflexion intérieure au moment d'aborder cette tâche fascinante.

Le sénateur DeWare: Il est intéressant de vous entendre discuter de l'affaire *Rodriguez*, dont nous entendons parler depuis un bon moment. Mon père avait la maladie de Lou Gehrig et il a vécu avec moi à la maison jusqu'à environ quatre heures avant son décès, soit le moment auquel il a été conduit à l'hôpital. En conséquence, je sais ce que c'est que de perdre l'usage de ses bras, de ne pas pouvoir se nourrir soi-même, prendre son bain, lire, fumer sa pipe, bref de faire toutes les choses qu'il avait aimées dans la vie.

J'avais 27 ans et, à l'époque, les gens malades restaient à la maison avec leur famille. Mon père ne souffrait pas. Il était entouré de gens qui l'aimaient et qui prenaient soin de lui en tout temps. Il n'était pas heureux de son sort, mais il n'a jamais mentionné qu'il souhaitait mourir jusqu'à ce qu'il quitte la maison ce soir-là en disant adieu. Après avoir vécu cela, je comprends comment une jeune personne telle que Sue Rodriguez pouvait ressentir le fait que sa famille soit témoin de sa souffrance.

La question que je voudrais poser porte sur le fait que vous croyez qu'une personne a le droit de refuser un traitement. Vous n'avez pas fait mention de cela mais c'est un droit que nous avons. Nous avons le droit, si nous en sommes capables, de l'exercer.

Croyez-vous que nous disposions de ce droit?

M. Brown: C'est exact. Comme je l'ai indiqué au début, je pense que les principes de la *common law* sont très bien établis. Une cause entendue par la Cour suprême du Canada il y a un an ou deux a permis de réaffirmer le droit du patient à refuser un traitement.

Une bonne partie du débat ou de la perception populaire semble porter sur les efforts faits pour éviter les situations où, dans les dernières semaines de la vie d'une personne, tout ce que vous

[Texte]

nothing dignified in that. For any of us who seen relatives die in this fashion, that is a very real concern, of course.

It is our position that that is not something which requires address by the legislature, because the common law is very well developed. You do not have to be subjected to heroic kinds of treatment in order to take you through to you last breath. There comes a point where, if the treatment cannot cure the disease, you let life take its course, and it takes its course through to death. The law already recognizes your right to do that.

That is why we did not include it in the brief, because we saw the more dangerous proposition that would be put forward. It is not that individuals could refuse treatment, but that the law would allow one person to kill another, and that is the radical change we submit should not be written into the law.

Senator DeWare: That includes the fact that we have the right to refuse taking chemotherapy, for instance. What we are saying is that we are actually allowing our life to end the way we want it to end, without committing suicide or having someone assist us to commit suicide.

Mr. Brown: That is the natural course of the disease. In our view, a situation where a person says, "I know I now have this disease; I will let nature take its course, and I will try and make the best of it during my final weeks or months," is completely different from the law allowing a doctor or some other person to take your life. Society rejects people killing people, which is essentially what doctor-assisted suicide is. It is the termination of one person's life by another person.

Senator DeWare: I have a very difficult time with the word "killing". I am not sure which word I would prefer. I guess it is because I do not want to face the facts. It seems to me that killing means we are actually committing murder. I believe that is what we are doing, but not in the same sense.

Ms Costigan: How could it not be in the same sense?

Senator DeWare: If I take a gun and shoot somebody, I am killing them.

Ms Costigan: That is right. You are intentionally taking their life, and if you give them an overdose, you are also intentionally taking their life, but with their consent.

Senator DeWare: It is with their consent, and there are possibly other reasons involved, as well. When it has been determined that a person has only a short time to live, do you not think that euthanasia, not assisted suicide but euthanasia, happens all the time?

[Translation]

voyez sont des tubes et des machines. Il n'y a aucune dignité dans cela. Bien entendu, il s'agit d'une préoccupation très réelle pour tous ceux d'entre nous qui voient mourir un parent de cette façon.

La position que nous adoptons est que cet aspect n'a pas à être étudié par la législature parce que la *common law* est très bien développée à cet égard. Vous n'avez pas à subir ce genre d'acharnement thérapeutique jusqu'au moment de rendre votre dernier soupir. Il vient un temps où, si le traitement ne peut guérir la maladie, vous devez laisser la vie suivre son cours et cela veut dire aller jusqu'à la mort. La loi reconnaît déjà votre droit d'agir ainsi.

C'est pourquoi nous n'avons pas traité de cette question dans notre mémoire, parce que nous sommes conscients de la proposition plus dangereuse qui serait mise de l'avant. Ce n'est pas que les personnes peuvent refuser un traitement, mais que la loi permettrait à une personne d'en tuer une autre, et c'est ce changement radical qui, à notre avis, ne devrait pas être inscrit dans la loi.

Le sénateur DeWare: Cela englobe le fait que nous avons le droit de refuser de subir une chimiothérapie, par exemple. Ce que nous disons est que nous permettons que notre vie se termine de la façon dont nous le voulons, sans commettre de suicide ou sans demander à quelqu'un de nous aider à commettre un suicide.

M. Brown: C'est le cheminement naturel de la maladie. À notre avis, une situation où la personne dit: «Je sais que j'ai maintenant contracté cette maladie; je vais laisser la nature suivre son cours et je vais tenter d'en tirer le meilleur parti au cours des dernières semaines ou des derniers mois», est tout à fait différente d'une autre où l'on permettrait, en loi, à un médecin ou à une autre personne de vous enlever la vie. La société n'accepte pas que des gens tuent d'autres gens, ce à quoi revient essentiellement le suicide assisté par un médecin. C'est le fait que la vie d'une personne soit interrompue par une autre personne.

Le sénateur DeWare: Le mot «tuer» me cause beaucoup de difficulté. Je ne sais pas trop quel mot employer de préférence. Je pense que c'est parce que nous ne voulons pas faire face à la réalité. Il me semble que tuer signifie que nous commettons en réalité un meurtre. Je pense que c'est ce que nous faisons, mais non dans le même sens.

Mme Costigan: Comment cela peut-il ne pas être dans le même sens?

Le sénateur DeWare: Si je prends un fusil et que j'abats quelqu'un, je tue cette personne.

Mme Costigan: C'est exact. Vous lui enlevez intentionnellement la vie et si vous donnez à la personne une dose excessive, vous lui enlevez intentionnellement la vie aussi, mais avec son consentement.

Le sénateur DeWare: C'est avec son consentement et il y a peut-être aussi d'autres raisons en cause. Lorsqu'il a été déterminé qu'une personne n'a que peu de temps à vivre, ne pensez-vous pas que l'euthanasie, non le suicide assisté, mais l'euthanasie, ne se produit pas couramment?

[Text]

Mr. Brown: Inevitably it does happen. You will find doctors who have said, "Even though it is illegal, I am doing it," or you will find that it happens in hospitals. However, it is quite different for circumstances to exist in which people are breaking the law and you do not know about it, versus Parliament saying, "You can now do this with our permission." That is a fundamental distinction.

I recognize your discomfort at the word "killing". It is very interesting because this arises in a number of contexts. In his book, *Life's Dominion*, although I disagree with a lot of what he has written, Ronald Dworkin is at least extremely candid in his analysis. You will find that amongst a lot of legal commentators, in that, they will say, "Although we feel uncomfortable in calling this the killing of one person by another, that is exactly what it is."

In the *Rodriguez* case, a majority of the Supreme Court judges essentially recognized it as such, and our Criminal Code recognizes it as such because section 14 says you cannot consent to your own death. Section 241 says you cannot assist somebody in committing suicide. It is an uncomfortable term, but, as lawyers, that is the reality as we perceive it.

Mr. Horgon: If I may add to that, we have a concrete example of that in the Ontario courts where a doctor administered a dose of potassium chloride to his cancer patient. He was charged with second degree murder, and was put over to trial after a preliminary hearing. He pleaded guilty to a lesser offence, but nonetheless was charged with homicide, and, to the extent that the administration of justice, at least in the Province of Ontario, involves charging someone with murder, that is what it is.

Senator DeWare: How do you explain Justice McLachlin's statement in 5.04? She says:

... only those who truly desire to bring their lives to an end obtain assistance.

Would that mean we have to go to the courts for permission?

Mr. Brown: That is what the three dissenting judges said, the Chief Justice, Madam Justice McLachlin, and Justice Cory. They said that if this was to occur and the law was changed, they would require people to go to court each and every time.

That is not what the B.C. Court of Appeal said. They said they would leave it up to the doctors, and as long as one has certain certificates, second opinions, and things of that nature, you do not have to go to court. However, when it reached the Supreme Court level, the dissenting judges said, "No, we need that one extra guarantee," and that is, you go to court and have a judge review all of the evidence. What we have quoted from here is Madam Justice McLachlin's belief that if you have judges involved in each case, mistakes are not going to happen.

[Traduction]

M. Brown: Inévitablement, cela se produit. Vous trouverez des médecins qui diront: «Même si c'est illégal, je le fais», ou vous constaterez que cela se produit dans les hôpitaux. Cependant, il y a une différence importante entre le fait que des gens enfreignent la loi sans que vous le sachiez et le fait pour le Parlement d'affirmer: «Vous pouvez maintenant faire ceci avec notre permission». Il y a là une distinction fondamentale.

Je reconnais votre malaise à l'égard du mot «tuer». Cela est très intéressant parce que la situation se présente dans divers contextes. Dans son ouvrage intitulé *Life's Dominion*, Ronald Dworkin est au moins extrêmement franc dans son analyse, bien que je sois en désaccord avec une bonne partie de ce qu'il a écrit. Vous observerez cela parmi un grand nombre d'observateurs juridiques, qui affirmeront: «Bien que nous éprouvions un certain malaise à appeler cela l'homicide d'une personne par une autre, c'est exactement ce dont il s'agit».

Dans l'affaire *Rodriguez*, une majorité des juges de la Cour suprême a reconnu essentiellement qu'il en était ainsi et notre Code criminel reconnaît qu'il en est ainsi parce que l'article 14 affirme que vous ne pouvez consentir à votre propre mort. L'article 241 affirme que vous ne pouvez aider quelqu'un à commettre un suicide. C'est un terme qui suscite un certain malaise mais, en tant qu'avocats, c'est la réalité telle que nous la percevons.

M. Horgon: Si vous me permettez d'ajouter un commentaire, nous avons eu un exemple concret de cela devant les tribunaux ontariens qui ont jugé un médecin qui avait administré une dose de chlorure de potassium à un patient atteint d'un cancer. Il a été accusé de meurtre au second degré et a dû subir un procès après une enquête préliminaire. Il a plaidé coupable à une accusation moins grave mais a néanmoins été accusé d'homicide et, dans la mesure où l'administration de la justice, du moins dans la province d'Ontario, accuse quelqu'un de meurtre, c'est de cela qu'il s'agit.

Le sénateur DeWare: Comment expliquez-vous la déclaration de la juge McLachlin qui figure en 5.04? Celle-ci affirme, en substance:

... seuls ceux qui souhaitent vraiment mettre fin à leur vie obtiennent de l'aide.

Cela signifie-t-il que nous devons aller devant les tribunaux pour obtenir la permission?

M. Brown: C'est ce que les trois juges dissidents ont affirmé, le juge en chef, la juge McLachlin et le juge Cory. Ils ont affirmé que si cela devait se produire et que la loi était modifiée, ils exigeraient que les gens s'adressent au tribunal à chaque occasion.

Ce n'est pas ce qu'a affirmé la Cour d'appel de la Colombie-Britannique. Ce tribunal a indiqué qu'il laisserait le soin aux médecins de décider; en autant que ceux-ci possèdent certains diplômes, qu'ils ont obtenu un deuxième avis et des choses de ce genre, il ne serait pas nécessaire de s'adresser à un tribunal. Cependant, lorsque l'affaire a été portée devant la Cour suprême, les juges dissidents ont affirmé: «Non, nous avons besoin d'une garantie supplémentaire», en l'occurrence vous devez vous présenter devant le tribunal et demander au juge d'examiner toute

[Texte]

Our basic submission is that we do not share that optimism because we know of cases where judges have been involved and mistakes have been made. The Donald Marshall case is an example. Fortunately, that case occurred after capital punishment had been abolished, but if capital punishment had still been in effect, an innocent person might have been put to death, notwithstanding all of the safeguards built into the legal system.

Senator DeWare: Do you not think that if people had to go through this kind of procedure, it would deter them from asking for assisted suicide? Someone who is very ill would not even consider going through this type of procedure. It would take some time to go through a court proceeding.

Ms Costigan: I think it is more significant than that. The fact that the Supreme Court of Canada or members of the bench have stipulated that you must go to court to get approval illustrates that they are very jittery about errors that are likely to be made. Otherwise, they would not call upon a judge. Their shakiness about the whole principle is reflected in that.

One thing we have not mentioned is how useful we can be in our dying process for others. Those who encounter us will be inspired, if nothing else, to think, "What am I doing with my own time? How much time do I have left? How lucky I am that I am not in that condition today." I think that plays a role in the overall panorama of life.

Senator DeWare: We have heard from many palliative care people that support for the patient and support for the family are the keys to dying with dignity. The other thing they have recommended to us is that there should be extra funding for pain management; that is, research for better pain control and pain management.

Mr. Horgon: With respect to whether there would be some hesitance at performing the function when the request came, I would suggest something quite to the contrary. If you establish a regime of allowing assisted suicide, then terminally ill persons who are aware of that regime might be less inclined to request pain medication or other kinds of palliative care methods available to them, because the process of educating people toward palliative care and what is available through the Canada medical system may have been overshadowed by the current debate over assisted suicide. I would suggest that the danger would be greater by allowing assisted suicide without that kind of background information.

Ms Costigan: I understand that in Holland the many of the elderly are very fearful of their doctors and their families. Many of them carry a card in their wallets that says, "Do not kill me".

[Translation]

la preuve. La citation que nous avons reprise ici a trait à la conviction de la juge McLachlin que si des juges interviennent dans chaque cas, il ne se produira pas d'erreur.

Notre argument fondamental est que nous ne partageons pas cet optimisme parce que nous connaissons des cas où des juges ont eu à se prononcer et où des erreurs ont été commises. Le cas de Donald Marshall constitue un exemple à cet égard. Heureusement, la cause s'est déroulée après que la peine capitale ait été abolie mais, si elle avait encore été en vigueur, une personne innocente aurait pu être mise à mort, en dépit de toutes les mesures de précaution que prévoit le système judiciaire.

Le sénateur DeWare: Ne pensez-vous pas que si les gens doivent se soumettre à ce genre de procédure, cela les dissuadera de demander un suicide assisté? Une personne très malade n'envisagera même pas de se soumettre à ce genre de procédure. Il faudrait un certain délai pour compléter la procédure judiciaire.

Mme Costigan: Je pense qu'il y a quelque chose de plus important. Le fait que la Cour suprême du Canada ou que les juges qui siégeaient aient statué que vous devez vous adresser à un tribunal pour obtenir une autorisation illustre qu'ils sont très soucieux des erreurs qui pourraient être commises. Autrement, ils ne feraient pas intervenir un juge. Cela traduit leur incertitude à l'égard de l'ensemble de ce principe.

Une chose dont nous n'avons pas fait mention est l'utilité que peut avoir notre mort pour d'autres personnes. Ceux qui viennent en contact avec nous seront inspirés, ne serait-ce qu'à penser: «Qu'est-ce que je fais de mon temps? Combien de temps me reste-t-il? Quelle chance ai-je de ne pas être dans cette situation aujourd'hui?» Je pense que cela joue un rôle dans le panorama général de la vie.

Le sénateur DeWare: Nous avons entendu des témoignages de nombreuses personnes qui oeuvrent dans le domaine des soins palliatifs et qui affirment que le soutien au patient et le soutien à la famille sont les éléments clés d'une mort se déroulant dans la dignité. L'autre chose qu'ils nous ont recommandée est que l'on devrait consacrer des ressources supplémentaires au contrôle de la douleur; autrement dit, à la recherche axée sur un meilleur contrôle de la douleur.

M. Horgon: Pour ce qui est de savoir s'il y aurait une hésitation à exécuter cette fonction une fois la demande faite, je ferai valoir un point de vue passablement opposé. Si vous établissez un régime où l'on permet le suicide assisté, les malades en phase terminale qui connaissent l'existence de ce régime seront alors moins enclins à demander des médicaments servant à contrôler la douleur ou d'autres types de soins palliatifs qui sont à leur disposition parce que le processus d'éducation des gens à l'égard des soins palliatifs et des autres services disponibles par l'entremise du système médical canadien peut avoir été relégué au second rang par le débat actuel sur le suicide assisté. Je ferai valoir que le risque serait plus élevé de permettre le suicide assisté en l'absence de ce genre de renseignements de base.

Mme Costigan: Je crois comprendre qu'aux Pays-Bas, de nombreuses personnes âgées craignent beaucoup leur médecin et leur famille. Nombre d'entre elles gardent dans leur portefeuille

[Text]

They often fear for themselves when placed in the hands of those to whom they should entrust their care.

Senator Lavoie-Roux: As the law stands, we are facing a certain situation with regard to euthanasia and assisted suicide. The only analogy that comes close is abortion. Abortions were being performed in all kinds of fashions, sometimes badly and with repercussions. Society avoided addressing the problem for a long time.

I think the same thing is happening with euthanasia. It is happening, whether it is through modified doses of medication or through other means. Some say we should not change the law because of the slippery slope, and I do not deny that that is a real problem. How can we counter that reality which now exists? People say that if we do something openly, we will be sued and brought to court, or whatever. Is there a way the law can be modified to put in some safeguards?

We are doing the same with euthanasia now as we did with abortion for a long time; that is, saying that if we do not modify anything, everything will be fine, all the while knowing that a great many incidents of euthanasia are being committed. We are being told that a number of people who had AIDs have received assisted suicide of some form or other. This is my concern. It would be nice to leave things as they are, but we know there are weaknesses.

Ms Costigan: I am not so sure that we would agree on the cases you would describe as being eligible for euthanasia, for instance, those where treatment is withdrawn because there is a conclusion that treatment would probably no longer benefit the patient.

Senator Lavoie-Roux: We have not discussed a definite issue here, but I think there is a general consensus that many people who are in a neural, vegetative state for a long period of time, or those who are being kept alive through a complexity of instruments or technology, are committing suicide. I am talking about people who, because of pain, depression or whatever, ask for euthanasia. They know that they cannot get it legally, but they find a means to achieve their goal.

Ms Costigan: We have to be careful about changing a law simply because people are breaking it. There are people who get buy illegal drugs every day of the week, but we have a law against it because it is contrary to our principles. If we value the principles upon which a law is based, the fact that people are breaking that law is not a valid reason to change or abolish the law.

Senator Lavoie-Roux: I know what you mean, but they are breaking the law to end someone's life. I am referring to cases of euthanasia where we say, "Okay, we will keep our eyes closed."

[Traduction]

une carte sur laquelle est inscrit: «Ne me tuez pas». Elles craignent souvent pour leur vie lorsqu'elles sont confiées aux personnes à qui elles devraient s'en remettre pour leurs soins.

Le sénateur Lavoie-Roux: Dans l'état actuel de la loi, nous faisons face à une certaine situation du point de vue de l'euthanasie et du suicide assisté. La seule analogie assez rapprochée est la question de l'avortement. Des avortements ont été pratiqués sous toutes les formes, parfois mauvaises et avec des conséquences. La société a évité de faire face au problème pendant longtemps.

Je pense que la même chose se produit avec l'euthanasie. L'euthanasie est pratiquée, que ce soit par des doses de médicaments modifiées ou par d'autres moyens. Certains affirment que nous ne devrions pas modifier la loi parce que nous nous engagerions alors sur une pente dangereuse et je ne nie pas que cela pose un problème réel. Comment pouvons-nous affronter la réalité actuelle? Les gens disent que si nous faisons quelque chose ouvertement, on nous poursuivra et nous serons traduits devant les tribunaux, ou quoi encore. Y a-t-il une façon de modifier la loi pour y intégrer certaines mesures de protection?

Nous faisons, dans le cas de l'euthanasie, la même chose que nous avons faite pendant longtemps avec l'avortement; autrement dit, nous affirmons que si nous n'apportons aucune modification, tout rentrera dans l'ordre, en sachant pertinemment que de nombreux cas d'euthanasie se produisent. On nous a dit qu'un certain nombre de personnes atteintes du sida avaient reçu de l'aide pour se suicider sous une forme ou une autre. C'est là ma préoccupation. Ce serait bien de laisser les choses telles qu'elles sont, mais nous savons qu'il y a des points faibles.

Mme Costigan: Je ne suis pas si sûre que nous pourrions nous entendre sur les cas que vous décrivez comme étant admissibles à l'euthanasie, par exemple, les cas où le traitement est interrompu parce qu'on est arrivé à la conclusion que le traitement n'aurait probablement plus d'avantages pour le patient.

Le sénateur Lavoie-Roux: Nous n'avons pas discuté d'une question définie ici, mais je pense que l'on s'entend pour dire que de nombreuses personnes qui se trouvent dans un état neural végétatif pendant une longue période de temps ou celles qui sont maintenues en vie par des instruments ou une technologie complexes commettent un suicide. Je parle de gens qui, en raison de la douleur, d'une dépression ou pour une autre raison, demandent l'euthanasie. Ils savent qu'ils ne peuvent l'obtenir légalement, mais ils trouvent un moyen d'atteindre leur but.

Mme Costigan: Nous devons être prudents avant de modifier une loi simplement parce que les gens l'enfreignent. Il y a des gens qui achètent des drogues illégales à chaque jour mais nous avons une loi qui l'interdit parce que cela est contraire à nos principes. Si nous sommes attachés aux principes sous-jacents à une loi, le fait que les gens enfreignent cette loi n'est pas une raison valable pour la modifier ou l'abolir.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je sais ce que vous voulez dire, mais ils enfreignent la loi pour mettre fin à la vie de quelqu'un. Je veux parler des cas d'euthanasie où nous disons: «Ça va, nous fermerons les yeux».

[Texte]

Ms Costigan: I am not suggesting for a minute that we keep our eyes closed; I would suggest that those people are committing a crime.

Mr. Timothy Egan, Student Member, Thomas More Lawyers' Guild: You have had significant submissions from a number of organizations about palliative care. Having reviewed some of those submissions, we see that experts in the field argue that most of those who seek suicide as an option, do so for lack of support in other ways. I would say that if the problem is that these things are happening, part of the solution is to ensure that the state is providing effective palliative care.

If the Senate feels compelled to address this problem in some fashion, the primary way to address it is to ensure that effective care is being provided to people who are considering this as an option. A compassionate society would encourage them to value life more, and would ensure that they have access to medical treatment that will lessen their pain.

Senator Lavoie-Roux: That suggestion has been made by several groups. On the other hand, people ask: "Is our health system ready to put in the necessary resources?" We know that there is wonderful palliative care available in Toronto, Vancouver and Montreal, but it is not being offered everywhere. As a society, are we ready to pay the necessary costs to avoid what I was just referring to?

Mr. Brown: One of the functions of law is to educate. It is within the power of this committee and within Parliament's power to send out a signal and educate Canadians to how the problem of suffering during a person's last days should be treated. The option we suggest you choose is: send out that signal by leaving the Criminal Code law in its present form; and, change the Canada Health Act to encourage provinces to devote more medical resources to better palliative care and other forms of treatment.

Demographics show that, over the next 25 years, the population of this country will get older. Because of that, our health care system may have to change its direction and begin putting money into the system, money the system requires. If we go down that road, then we will be sending a message to Canadians which says that we should treat dying and suffering people in a way which will give them comfort in their final days. In any field of medicine, there is no doubt that as you throw more money at a field, the more likely it is that better treatments and cures will be developed because the profession will tend to focus on that area.

The other option is the guidelines option: Can we not come up with good guidelines so mistakes will not be made? I know it is an attractive proposition; it obviously persuaded some members of

[Translation]

Mme Costigan: Je ne veux aucunement dire que nous devons fermer les yeux; je soutiendrais que ces gens commettent un crime.

M. Timothy Egan, membre étudiant, Société juridique Thomas More: Vous avez reçu des mémoires intéressants d'un certain nombre d'organisations au sujet des soins palliatifs. Ayant examiné certains de ces mémoires, nous avons constaté que les spécialistes dans ce domaine affirment que la plupart des personnes qui envisagent le suicide le font parce qu'elles manquent de soutien. Je dirais que si le problème est attribuable au fait que de telles choses se produisent, une partie de la solution est de faire en sorte que l'État fournisse effectivement des soins palliatifs.

Si le Sénat se sent obligé d'aborder ce problème d'une certaine façon, la principale façon de l'aborder est de faire en sorte que des soins effectifs soient offerts aux gens qui envisagent cette option. Dans une société où l'on ferait preuve de compassion, on encouragerait ces gens à valoriser la vie davantage et on ferait en sorte qu'ils aient accès aux traitements médicaux qui atténueraient leur douleur.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cette suggestion a été faite par plusieurs groupes. Par ailleurs, les gens demandent: «Notre système de santé est-il prêt à y consacrer les ressources nécessaires?» Nous savons que de très bons soins palliatifs sont offerts à Toronto, à Vancouver et à Montréal, mais ces soins ne sont pas offerts partout. Comme société, sommes-nous prêts à assumer les coûts nécessaires pour éviter ce que je viens tout juste de décrire?

M. Brown: Une des fonctions de la loi est d'éduquer. Il est dans les pouvoirs du comité et du Parlement d'envoyer un signal aux Canadiens et de les éduquer sur la façon dont le problème de la souffrance durant les derniers jours de la vie d'une personne devrait être abordé. L'option que nous vous proposons de choisir est la suivante: envoyez un signal en laissant le Code criminel tel qu'il est actuellement et modifiez la *Loi canadienne sur la santé* pour encourager les provinces à consacrer plus de ressources médicales à la prestation de meilleurs soins palliatifs et d'autres formes de traitement.

Les statistiques démographiques montrent qu'au cours des 25 prochaines années, la population de notre pays ira en vieillissant. Pour cette raison, notre système de soins de santé pourrait devoir changer d'orientation et nous pourrions être obligés de consacrer des ressources à ce système, des ressources dont il a besoin. Si nous prenons cette direction, nous enverrons alors un message aux Canadiens qui dira que nous devons traiter les personnes mourantes et souffrantes de manière à leur assurer un certain confort dans leurs derniers jours. Dans tous les domaines de la médecine, il ne fait aucun doute que plus vous affectez de ressources, plus il est probable que de meilleurs traitements et remèdes seront mis au point parce que la profession aura tendance à mettre davantage l'accent sur ce domaine.

L'autre option est celle des lignes directrices - ne pouvons-nous pas élaborer de bonnes lignes directrices afin d'éviter les erreurs? Je sais qu'il s'agit là d'une proposition intéressante; elle a

[Text]

the Supreme Court that you could come up with those kinds of guidelines.

I come back to two responses. The Dutch experience has guidelines similar to the ones proposed in the *Rodriguez* case. The Rummelink committee report indicated, quite candidly, that, notwithstanding these guidelines, doctors will break them and involuntary deaths will occur. In this particular circumstance, we submit that if there is any risk of a person dying against his or her will, that is good enough reason to reject that kind of guideline scheme. Both the U.K. select committee and the New York State task force adopted that concern as one of the reasons for rejecting the call.

The New York State task force is of particular concern because the members of that committee differed as to whether or not doctor-assisted suicide was morally justifiable. However, they were unanimous in rejecting any change to the law, in large part because you cannot put guidelines in place which will guarantee that no one will die against his or her will.

I would hope that that would be a significant persuasive force to this committee, because fellow legislators in other jurisdictions, having looked at this problem and having grappled with the very difficult balancing needed to study this issue, have concluded that you cannot risk involuntary death. That is inevitably what any sort of guideline system will result in, notwithstanding the best of intentions and efforts to come up with the perfect system.

Mr. Egan: To use the slippery slope argument again, if you suggest that, until we have sufficient palliative care, we must allow those who are suffering the right to take their own lives, I would refer you to the testimony of Dr. Latimer, who appeared before you some months ago. She spoke of her experience with medical interns in Holland and was discussing palliative care. The interns said to her, "We have this other option," meaning doctor-assisted suicide. "Why would we consider your palliative care option?"

I hope Canadian interns would not have the same kind of reaction. The reality is, that if we put the option before people, we are effectively saying that we do not accept the idea that life has sanctity until its natural end. We are not merely saying that this is a temporary measure. Therefore, I do not think you can do that.

Mr. Horgan: I should like to discuss for a moment some fiscal concerns and health management determinations that must be made by various governmental authorities.

Palliative care is not limited to the hospital setting. Palliative care can occur in a hospice area, in extended care facilities, and in the home. In fact, a number of those initiatives are being undertaken in various jurisdictions in Ontario. There is a way

[Traduction]

manifestement convaincu certains membres de la Cour suprême qui estiment qu'il est possible de concevoir de telles lignes directrices.

Je reviens à deux réponses. Les Pays-Bas disposent de lignes directrices semblables à celles qui ont été proposées dans l'affaire *Rodriguez*. Le comité Rummelink a fait rapport en indiquant, bien honnêtement, que nonobstant ces lignes directrices, les médecins les outrepasseront et causeront involontairement des décès. Dans ces circonstances particulières, nous soutenons que s'il y a le moindre risque qu'une personne meure contre sa volonté, cette raison est suffisante pour rejeter ce modèle de lignes directrices. Mais le comité spécial du R.-U. et le groupe d'étude de l'État de New York ont retenu cette préoccupation comme étant l'une des raisons du rejet de la demande.

Le groupe d'étude de l'État de New York soulève une préoccupation particulière parce que ses membres divergeaient d'opinion sur le fait qu'un suicide assisté par un médecin était moralement justifiable. Cependant, ils ont rejeté unanimement toute modification de la loi, en grande partie parce que l'on ne peut mettre en place des lignes directrices qui garantiront que personne ne mourra contre sa volonté.

J'ose espérer que cela constituera un élément de persuasion important pour le comité parce que d'autres législateurs dans d'autres sphères de compétence qui ont étudié ce problème et qui ont eu la difficile tâche de réaliser l'équilibre délicat requis pour faire une étude de cette question, en sont venus à la conclusion que nous ne pouvons risquer involontairement la mort. C'est ce qui découlera inévitablement de tout système de lignes directrices, nonobstant les meilleurs efforts et les meilleures intentions pour en arriver à un système parfait.

M. Egan: Pour reprendre l'argument de la pente dangereuse, si vous soutenez que jusqu'à ce que nous ayons des soins palliatifs suffisants, nous devons permettre que ceux qui souffrent aient le droit de s'enlever la vie, j'attirerai votre attention sur le témoignage du Dr Latimer, qui a comparu devant le comité il y a quelques mois. Elle a parlé de son expérience auprès d'internes en médecine aux Pays-Bas et a discuté de soins palliatifs. Les internes lui ont dit: «Nous avons cette autre option», en voulant parler du suicide assisté médicalement. «Pourquoi envisagerions-nous votre option des soins palliatifs?»

J'espère que les internes canadiens n'auront pas le même genre de réaction. En réalité, si nous offrons cette option aux gens, nous leur disons effectivement que nous n'acceptons pas l'idée que la vie est sacrée jusqu'à son aboutissement naturel. Nous ne disons pas simplement que cela est une mesure temporaire. En conséquence, je ne pense pas que nous puissions faire cela.

M. Horgan: Je voudrais discuter un instant de certaines préoccupations budgétaires et des choix en matière de gestion de la santé qui doivent être faits par les divers pouvoirs publics.

Les soins palliatifs ne se limitent pas au cadre hospitalier. Les soins palliatifs peuvent être offerts sous la forme de services d'hospice, d'installations de soins prolongés et de soins à domicile. De fait, un certain nombre d'initiatives de ce genre sont

[Texte]

where governments, federal, provincial, or otherwise, can work in that area.

One of our sister guilds in the medical community, the Toronto Catholic Doctors Guild, has made our guild aware that a palliative care course is currently being offered to Ontario doctors. It is being made available to better educate doctors about pain management and those kinds of supports which should be readily available and, if not available, should be addressed.

Senator Lavoie-Roux: You said you do not refer to a situation where treatment is withdrawn as euthanasia. I want to refer back to the *Nancy B.* case, because it is a case in point. She was conscious enough to ask for euthanasia and permission had to be obtained from Superior Court in Quebec. There are cases where this is more obvious.

It seems you are saying they should not have had to go to court to stop the life-support machines.

Ms Costigan: With that precedent now available, others would not have to approach the court. I am certain the courtroom was utilized in order to protect the hospital from a lawsuit.

Senator Lavoie-Roux: My question is: Is the law, as presently written, sufficient that we would not have to resort to that type of action? We all agree that the treatment is useless. This is not euthanasia. Perhaps I would refer to it as common sense.

Ms Costigan: It is prolonging death, not prolonging life.

Senator Lavoie-Roux: That is it.

Should something be clarified in relation to the withdrawal of treatment, withdrawal for the reasons we just mentioned, so that people will not feel threatened if they decide to withdraw treatment and are able to do it without first going to court?

Ms Costigan: In a case similar to the one we referred to, it would appear that one might still have to utilize the courtroom, because it was not that the doctor could stop treatment by doing nothing; it was that the doctor had to perform the positive act of removing tubes. For that purpose, the doctor would probably be asked to be exonerated by the court.

If it were a request to stop medication, the doctor would not have to perform a positive act to follow that request.

Senator Lavoie-Roux: Do you feel the law should be modified or we should leave it like this?

Mr. Horgon: It is my opinion that the *Nancy B.* case was not a case of euthanasia. Nancy was competent and conscious, and knew that the request would almost certainly result in her death. In fact, from my notes, the judge in the case affirmed the

[Translation]

en cours dans diverses régions de l'Ontario. Il y a donc une façon pour le gouvernement fédéral, les provinces et d'autres administrations publiques de collaborer dans ce domaine.

Une de nos sociétés sœurs de la communauté médicale, la *Toronto Catholic Doctors Guild*, a signalé à l'attention de notre société un cours en soins palliatifs actuellement offert aux médecins ontariens. Ce cours vise à assurer une meilleure formation des médecins dans le domaine du contrôle de la douleur et des autres formes de soutien qui devraient être facilement disponibles et, si ces soins ne sont pas disponibles, qu'on envisage de le faire.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez affirmé que vous ne considérez pas qu'une situation où un traitement est interrompu constitue de l'euthanasie. Je voudrais revenir au cas de *Nancy B.* parce que ce cas est pertinent. Cette personne était suffisamment consciente pour demander l'euthanasie et la permission a dû être obtenue auprès de la Cour supérieure du Québec. Il y a des cas où cela est plus évident.

Il me semble que vous affirmez que l'on n'aurait pas dû être obligé de s'adresser aux tribunaux pour interrompre le fonctionnement des appareils de survie.

Mme Costigan: Grâce à ce précédent, d'autres n'auraient pas à s'adresser au tribunal. Je suis sûre que le recours au tribunal visait à protéger l'hôpital contre une poursuite en justice.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ma question est la suivante: Est-ce que la loi, dans sa formulation actuelle, est suffisante pour que nous n'ayons pas à recourir à ce genre de mesures? Nous convenons tous que le traitement est inutile. Cela n'est pas de l'euthanasie. Peut-être devrait-on qualifier cela de bon sens.

Mme Costigan: On prolonge la mort, non la vie.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est cela.

Est-ce que l'on devrait préciser quelque chose en rapport avec l'interruption de traitement, l'interruption pour les raisons que nous venons tout juste de mentionner, afin que les gens ne se sentent pas menacés s'ils décident d'interrompre un traitement et soient capables de le faire sans d'abord devoir s'adresser à un tribunal.

Mme Costigan: Dans un cas semblable à celui dont nous venons de parler, il semblerait que l'on pourrait toujours être obligé de s'adresser à un tribunal, parce qu'il ne s'agissait pas pour le médecin d'interrompre le traitement en ne faisant rien, le médecin devait poser le geste d'enlever les tubes. Pour cette raison, le médecin serait probablement invité à demander une exonération au tribunal.

Si la demande portait sur l'interruption de la médication, le médecin n'aurait pas à poser un geste positif pour donner suite à la requête.

Le sénateur Lavoie-Roux: Estimez-vous que la loi devrait être modifiée ou devons-nous la laisser telle qu'elle est?

M. Horgon: Je suis d'avis que le cas de *Nancy B.* n'était pas un cas d'euthanasie. Nancy était compétente et consciente et elle savait que sa demande entraînerait presque certainement son décès. De fait, selon mes notes, le juge a affirmé dans cette cause

[Text]

distinction between euthanasia and the withdrawal of medical treatment. He held that a physician who disconnected a respirator pursuant to the informed request of a patient would not be held criminally or civilly to have caused the patient's death. I do not know if the common law needs for further clarified in that regard.

Senator Lavoie-Roux: But the fact that they still have to go to court leaves a question mark.

Mr. Brown: The question, then, is: Can Parliament draft a law that would cover every conceivable circumstance for the withdrawal of treatment so that people would not have to go to court? I suspect you could not do that.

Most laws have general language; they are general laws of application. There may well be a circumstance-of-fact situation where people still would be confused as to whether or not this was simply the withdrawal of treatment. They would have to go to court in any event.

Our point is that the common law has already established the general principle, and if there is uncertainty in any particular case as to whether or not you fall under the principle, that is what courts are for, to resolve that uncertainty. However, that is not a necessary reason for Parliament to draft a general statute because you still might have cases where people would be uncertain, and they would go back to court.

The Chairman: In your definition section, on page 7 of your brief, you define passive euthanasia in the following way:

Passive euthanasia involves allowing a person to die when he could be kept alive by medical procedures.

That is curious. I do not understand it, given what we have been talking about. Surely within the context of what we are talking about, that would not be defined as euthanasia. What is this definition meant to cover?

Mr. Brown: The definition is meant to highlight the various uses that people make of the word "euthanasia" because when used by different people, "euthanasia" covers a variety of different circumstances. In the brief, we have adopted a fairly broad definition of the word "euthanasia", and have distinguished between active euthanasia, where someone is intervening to kill someone, and passive euthanasia, where you are simply allowing a person to die.

It is one definition of euthanasia, and we have noted the source of it, which is commonly used. Some people might not describe the withdrawal of treatment as a form of euthanasia. We were trying to put before you the broadest definition of euthanasia that we were able to find in the literature, and then break it down and indicate that when one is talking about doctor-assisted suicide, one is really talking about this active form of euthanasia.

[Traduction]

la distinction entre l'euthanasie et l'interruption d'un traitement médical. Il a soutenu qu'un médecin qui débranchait un respirateur conformément à la demande informée d'un patient ne serait pas tenu criminellement ou civilement responsable d'avoir causé la mort du patient. Je ne sais pas s'il serait nécessaire de préciser cela davantage en *common law*.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais le fait que l'on soit encore obligé de s'adresser au tribunal laisse une question en suspens.

M. Brown: La question donc est la suivante: Le Parlement peut-il rédiger une loi qui prévoirait toutes les circonstances concevables d'interruption de traitement, de sorte que les gens n'aient pas à s'adresser au tribunal? Je soupçonne que vous ne pourriez pas le faire.

La plupart des lois ont une formulation générale; ce sont des lois d'application générale. Il pourrait bien y avoir une situation où les circonstances feraient que les gens ne sauraient trop s'il s'agit ou non simplement d'une interruption de traitement. Ils auraient alors à s'adresser au tribunal.

L'argument que nous faisons valoir est que la *common law* a déjà établi le principe général et s'il y a incertitude dans un cas particulier au sujet de l'application de ce principe, ce sont les tribunaux qui doivent dissiper l'incertitude. Cependant, cela n'est pas une raison suffisante pour que le Parlement rédige une loi générale parce qu'il pourra encore y avoir des cas où les gens seront dans l'incertitude et auront à s'adresser au tribunal.

La présidente: Dans votre section consacrée aux définitions, à la page 7 de votre mémoire, vous définissez l'euthanasie passive de la façon suivante:

L'euthanasie passive signifie que l'on permet à une personne de mourir lorsqu'elle pourrait être maintenue en vie par des interventions médicales.

Cela est étrange. Je ne comprends pas cette définition, à la lumière de la discussion que nous venons d'avoir. Assurément, dans le contexte de ce dont nous parlons, cela ne serait pas défini comme étant un cas d'euthanasie. Qu'est-ce que la définition cherche à englober?

M. Brown: La définition vise à faire ressortir les diverses utilisations que les gens font du terme «euthanasie», parce que lorsqu'il est utilisé par différentes personnes, le terme «euthanasie» englobe diverses circonstances. Dans le mémoire, nous avons adopté une définition assez large du terme «euthanasie» et nous avons fait la distinction entre l'euthanasie active, où quelqu'un intervient pour tuer une autre personne, et l'euthanasie passive, où on laisse simplement une personne mourir.

C'est l'une des définitions de l'euthanasie, et nous en avons indiqué la source, qui est communément employée. Certaines personnes pourraient ne pas décrire l'interruption de traitement comme une forme d'euthanasie. Nous tentons de vous soumettre la définition la plus large possible de l'euthanasie que nous avons pu trouver dans la documentation, pour ensuite faire une ventilation et indiquer que, lorsqu'on parle de suicide assisté par un médecin, on veut vraiment parler de cette forme active d'euthanasie.

[Texte]

Mr. Horgon: A good example, if I may assist, is the notion of degrees of passive euthanasia. Where the cause of death is a deliberate and conscious omission, that is passive euthanasia. To the extent that that omission may be, for example, the provision of food and hydration, in our view, in some cases, if not many cases, that would constitute euthanasia.

The Chairman: But that is medically accepted in many cases today. Many doctors came before us and said that that is considered acceptable in certain circumstances. I have great difficulty with that in many instances. We have discussed that many times here.

Senator Lavoie-Roux: It seems to me that on a few occasions when it was raised, Senator Keon said that if people want to commit suicide, they do not need active euthanasia. They can just stop eating or drinking and that would come about.

The Chairman: I have great difficulty with the concept in many ways. To me, the particular definition you have used encompasses refusal or withdrawal of treatment, which you have said is acceptable.

Ms Costigan: Perhaps I can assist. I think there is agreement that if the patient actively requests a withdrawal of treatment, a doctor would be committing an assault on the patient if he did not withdraw the treatment. However, if, without the consent of the patient, the doctor withdraws proper medical treatment, that would be known as passive euthanasia.

Senator Corbin: I can agree with most of what has been said today, so I will not go over it. However, I worry a bit about the public's reaction to the very existence of this committee. In reading some of the mail we are receiving, I think people are getting a wrong notion of what this committee is all about. It is beginning to come in in great masses.

You make a statement on page 5 of your brief under the title of "Our Assumptions and Definitions" in paragraph 2.01. You say:

This Special Senate Committee on Euthanasia and Doctor-Assisted Suicide, (the "Committee") has been created to study the feasibility of relaxing legal restrictions on assisted-suicide and euthanasia and to report such studies to the Senate.

I repeat:

...to study the feasibility of relaxing legal restrictions...

Where did you get the impression that that is what this committee is all about?

Mr. Brown: It is certainly our perception, senator, rightly or wrongly, that one of the motivating factors for the establishment of this committee and the inquiry by the Senate was the decision of the Supreme Court of Canada in the *Rodriguez* case. There is a sentiment amongst a number of people that notwithstanding

[Translation]

M. Horgon: Un bon exemple, si vous me permettez, est la notion de degrés d'euthanasie passive. Lorsque la cause du décès est une omission délibérée et consciente, il y a euthanasie passive. Dans la mesure où cette omission pourrait être, par exemple, la fourniture d'aliments et de liquides, à notre avis, cela constituerait de l'euthanasie dans certains cas, voire dans de nombreux cas.

La présidente: Mais cela est accepté médicalement dans de nombreux cas de nos jours. Nombre de médecins sont comparus devant nous pour affirmer que cela était considéré acceptable dans certaines circonstances. J'ai beaucoup de difficulté à accepter cela dans bien des cas. Nous en avons discuté à de nombreuses reprises dans cette enceinte.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il me semble qu'à quelques occasions où la question a été soulevée, le sénateur Keon a affirmé que si les gens voulaient se suicider, ils n'avaient pas besoin de recourir à l'euthanasie active. Ils pouvaient tout simplement cesser de manger ou de boire et ils parviendraient à leurs fins.

La présidente: J'ai beaucoup de difficulté avec cette notion, sur de nombreux plans. Selon moi, la définition particulière que vous avez employée englobe le refus ou l'interruption de traitement, que vous avez déterminé comme étant acceptable.

Mme Costigan: Peut-être puis-je être utile. Je pense que l'on s'entend sur le fait que si un patient demande activement une interruption de traitement, le médecin commettrait un assaut à l'endroit du patient s'il n'interrompait pas le traitement. Cependant, si, sans le consentement du patient, le médecin interrompait le traitement médical approprié, cela serait considéré comme de l'euthanasie passive.

Le sénateur Corbin: Je peux convenir de la plus grande partie de ce qui a été dit aujourd'hui, de sorte que je n'y reviendrai pas. Cependant, je suis quelque peu préoccupé au sujet de la réaction du public à l'existence même du comité. À la lecture de certaines des lettres que nous avons reçues, je pense que les gens ont une fausse impression de l'objet du comité. Ces réactions commencent à affluer.

Vous affirmez, à la page 5 de votre mémoire sous «Nos hypothèses et définitions», au paragraphe 2.01, ce qui suit:

Ce comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté médicalement (le «comité») a été créé pour étudier la faisabilité d'assouplir les restrictions juridiques au suicide assisté et à l'euthanasie et faire rapport au sujet de ces études au Sénat.

Je répète:

... pour étudier la faisabilité d'assouplir les restrictions juridiques...

Où avez-vous acquis l'impression que c'était là le mandat du comité?

M. Brown: Nous avons certainement l'impression, sénateur, à tort ou à raison, que l'un des facteurs ayant motivé la création du comité et l'étude entreprise par le Sénat était la décision rendue par la Cour suprême du Canada dans la cause *Rodriguez*. Le sentiment est répandu parmi un certain nombre de gens que

[Text]

that the Supreme Court upheld the constitutionality of section 241, Parliament should intervene and change the law. Thus, notwithstanding that the law had been upheld, this committee was struck to embark upon a fact-finding process to see whether in fact the law should be changed.

That is our perception of the committee, and we have obtained that perception through the popular press and through looking at the evidence that some people have placed before this committee. A significant number of people have come before you to advocate a change in the law. In our view, that is the issue this committee seems to be addressing.

Whether that is correct or not, it is certainly our impression, and that is why we wanted to take the opportunity to appear before this committee to voice our concerns about any prospect of relaxing the prohibition of section 241 of the Criminal Code.

Senator Corbin: The very terms of reference of the institution of the committee are as follows:

That a Special Committee of the Senate be appointed to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Furthermore, in her speech in the Senate on February 22, 1994, our Chairperson, Senator Neiman, said:

...if undertaken as carefully and thoughtfully by my colleagues as I know it will be, the proposed study can create a far greater awareness and understanding by the general public and provide a solid base of information which could justify, if so warranted...

Not for this committee to decide, but "could justify, if so warranted":

...recommendations to the government for changes in existing legislation.

Senator Lavoie-Roux, who was the previous questioner, also made a statement in the Senate on the same day, as reported at page 128 of *Hansard*. She alluded to what was happening in other jurisdictions: the United States, Great Britain and Holland. She said:

These examples clearly show that there are several approaches to the issue of euthanasia.

Approaches not adopted by other jurisdictions. She continued:

I would like us to address together all aspects of this question. To this end, we must put aside our personal positions and biases in order to welcome with a totally open mind the groups and individuals who will appear before this committee if it ever comes into being.

I am sometimes offended that individuals or groups, whether they write, whether they were the subject of a report in the "media", or whether they were witnesses before this committee, suggest that somehow our task is to make euthanasia or assisted

[Traduction]

nonobstant le fait que la Cour suprême ait affirmé la constitutionnalité de l'article 241, le Parlement devrait intervenir pour modifier la loi. Donc, nonobstant le fait que la loi a été confirmée, le comité a été formé pour entreprendre le processus de recherche des faits pour voir si, en fait, la loi devrait être modifiée.

C'est la perception que nous avons du comité et nous avons acquis cette perception dans les médias populaires et à la lecture des faits présentés par certaines personnes au comité. Un nombre important de personnes sont comparues devant vous pour préconiser une modification de la loi. À notre avis, c'est la question que le comité semble étudier.

Que cela soit exact ou non, c'est certainement notre impression et c'est pourquoi nous avons voulu saisir cette occasion pour comparaître devant le comité pour exprimer nos préoccupations au sujet de tout projet d'assouplissement de l'interdiction contenue à l'article 241 du Code criminel.

Le sénateur Corbin: Le mandat même qui a été confié au comité au moment de sa création est le suivant:

Qu'un comité sénatorial spécial soit constitué pour procéder à l'étude et rendre compte des questions juridiques, sociales et éthiques se rapportant à l'euthanasie et au suicide assisté.

En outre, dans son discours au Sénat le 22 février 1994, notre présidente, le sénateur Neiman, a affirmé, en substance:

... si elle est menée avec soin et attention par mes collègues, comme je sais qu'elle le sera, l'étude proposée pourra susciter une sensibilisation et une compréhension beaucoup plus grandes dans le grand public et fournir une solide base de renseignements qui pourrait justifier, si cela s'avère nécessaire...

Il ne revient pas au comité de décider, mais «pourrait justifier, si cela s'avère nécessaire»:

... recommandations au gouvernement en vue d'apporter des modifications à la loi actuelle.

Le sénateur Lavoie-Roux, qui a posé la question précédente, a aussi fait une déclaration au Sénat le même jour, comme il est consigné à la page 128 du *Hansard*. Elle a fait allusion à ce qui se passait dans d'autres sphères de compétence: les États-Unis, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas. Elle a affirmé, en substance:

Ces exemples montrent clairement qu'il y a plusieurs approches à la question de l'euthanasie.

Des approches qui n'ont pas été adoptées par d'autres sphères de compétence. Elle a poursuivi:

Je voudrais que nous examinions ensemble tous les aspects de cette question. À cette fin, nous devons mettre de côté nos positions et orientations personnelles afin d'accueillir avec un esprit tout à fait ouvert les groupes et les personnes qui comparaitront devant le comité si celui-ci est créé.

Je suis parfois offensé que des personnes ou des groupes, peu importe qu'ils écrivent, que leurs propos soient rapportés dans les «médias» ou qu'ils comparaissent comme témoins devant ce comité, laissent entendre que d'une façon ou d'une autre, notre

[Texte]

suicide legal in some way, shape or form. That is not the purpose of this committee.

The purpose of the committee is to gather the views of the public. I think you and I will agree that there are all sorts of misgivings circulating. There are polls with loaded questions being put to the public, and the responses give the impression that the public wants euthanasia, that it certainly would be justified in many cases.

We are here to gather information from all sources.

Mr. Brown: We certainly appreciate that, senator, and that is why we appreciate the opportunity to be here. However, this committee must appreciate that there is a prism through which the committee's workings are being viewed by people at large.

In the *Rodriguez* decision, a number of people stated that the court was wrong. There was a suggestion by the Minister of Justice that Parliament may look into the matter, Mr. Robinson introduced a bill in the House of Commons proposing changes to section 241, then this committee was established.

We do not know what recommendations this committee will make. We certainly are not presumptuous in that regard. One concern that we have, which prompted our participation in this process, was that this may well be the first step in a parliamentary process to consider changing the law, and this step may simply be a fact-finding step. Nonetheless, it would be unrealistic for us to conclude that at the end of the process there might not be a change in the law.

It was for that reason that we wrote our brief and asked to appear before the committee. We do not presume what the committee will do. We know what the official mandate of the committee is, but we also assess that against the political reality that has surrounded this discussion for the last two years.

Senator Corbin: The issue has been around longer than that.

Mr. Brown: It has been heightened in the last two years.

Senator Corbin: I do not have the specific references in front of me. As a member of the House of Commons, I was in the process of gathering information on euthanasia, but I dropped the matter when I was called to the Senate, where I was given other tasks and other areas to work on.

The issue is not a recent one. It does not arise solely out of recent events, if one could call them that, or court decisions. I know where you are coming from. You look at the legal aspect, the possible criminal or non-criminal implications, and that is your job. I respect that. As I stated, I can live with most of what you have stated. I do not wish anyone out there to get the impression that this committee is aiming at one thing and one thing only.

[Translation]

tâche est de rendre légal l'euthanasie ou le suicide assisté d'une façon ou d'une autre. Ce n'est pas là l'objet du comité.

L'objet du comité est de recueillir les opinions du public. Je pense que vous conviendrez qu'il y a toutes sortes d'inquiétudes. Des sondages d'opinions comportant des questions tendancieuses sont imposés au public et les réponses recueillies donnent l'impression que le public est en faveur de l'euthanasie, que cette pratique serait certainement justifiée dans de nombreux cas.

Nous sommes ici pour recueillir des renseignements à toutes les sources.

M. Brown: Nous sommes certainement conscients de cela, sénateur, et c'est pourquoi nous sommes reconnaissants de l'occasion qui nous est offerte d'être ici. Cependant, le comité doit reconnaître qu'il y a un prisme au travers duquel les travaux du comité sont perçus par les gens en général.

Dans l'*arrêt Rodriguez*, un certain nombre de gens ont déclaré que le tribunal avait fait fausse route. Le ministre de la Justice a laissé entendre que le Parlement pourrait examiner la question, M. Robinson a déposé un projet de loi à la Chambre des communes proposant des modifications à l'article 241, puis ce comité a été créé.

Nous ne savons pas quelles recommandations fera le comité. Nous ne voulons certes pas nous rendre coupables de présomption à cet égard. Notre préoccupation, qui a motivé notre participation au processus, était que cela pourrait bien constituer la première étape d'un processus parlementaire visant à étudier la possibilité de modifier la loi, et cette étape pourrait se résumer à une recherche des faits. Néanmoins, il serait peu réaliste de notre part de conclure qu'au terme de ce processus, il ne pourrait y avoir une modification de la loi.

C'est la raison pour laquelle nous avons rédigé notre mémoire et demandé à comparaître devant le comité. Nous n'anticipons pas sur ce que fera le comité. Nous connaissons le mandat officiel du comité, mais nous l'évaluons aussi dans le contexte politique qui a entouré ce débat au cours des deux dernières années.

Le sénateur Corbin: La question se pose depuis plus longtemps que cela.

M. Brown: Elle a été mise en relief ces deux dernières années.

Le sénateur Corbin: Je n'ai pas les sources précises devant moi. Comme membre de la Chambre des communes, j'ai participé à la collecte de renseignements sur l'euthanasie, mais j'ai laissé tomber la question lorsque j'ai été nommé au Sénat, où l'on m'a confié d'autres tâches et d'autres domaines d'étude.

La question n'est pas récente. Elle n'est pas surgie uniquement à la suite d'événements récents, si l'on peut employer ces termes, ou de jugements rendus par les tribunaux. Je connais votre position. Vous examinez l'aspect juridique, les conséquences criminelles ou non criminelles possibles, et c'est là votre travail. Je respecte cela. Comme je l'ai indiqué, je peux m'accommoder de la plus grande partie de ce que vous avez affirmé. Je ne souhaite aucunement que quelqu'un de l'extérieur ait l'impression que le comité ne vise qu'un seul but.

[Text]

There are many other concerns surrounding this issue, and one of them is money. We have referred to palliative care today and many witnesses have come before us and have told us that the best answer in the long run comes from improved and increased palliative care, better care for the dying. Others have stated that that kind of language is for the birds, there is not enough money in Canada to begin instituting and putting in place the facilities, and paying the personnel required to provide a sufficient degree of palliative care throughout the country.

You have just told us what is being done in Ontario, and it is highly commendable. In fact, we have heard a few witnesses from Ontario and Montreal, and we will be hearing many others from across the country. It is obvious that the lack of palliative care is probably what scares people into believing that their last days of life will be miserable ones; it impregnates them with fear. There is great pain in fear.

Mr. Brown: That is probably correct.

Senator Corbin: The fear of fear is the greatest pain, and it is that which leads many people to commit suicide, according to so-called experts who have studied the question.

To what point do you think governments should go toward improving the palliative care network in the country? Is cost a factor?

Mr. Brown: I do not think cost should be a factor in this case. The issue is being boiled down to: What price does a human life have attached to it? That is probably the most fundamental question that can be asked. When one is dealing with the realm of human life, cost should not be an objective; the maintenance of life, the maintenance of a system to allow one to have support and assistance during one's dying days, should be a top priority.

Parliament spends our money in many different areas. If it came to a choice between spending money in one area and spending money in assisting people in preserving their life and their dignity in their dying days, then my view, and I think the view of every member of this group, is that that has to be the priority. If other social services have to be put to one side, so be it, but there cannot be a more fundamental issue facing Parliament than the worth of a person's life.

Ms Costigan: Would we consider the revolutionary suggestion that families care for their elderly members? When we are young, we need to be held by each other; it is similarly the case when we get old. Would it be too revolutionary to suggest that families look after their own members? As was described to us earlier, it is quite a successful formula, whoever one's "family" may be.

Senator Corbin: It may be more difficult in urban centres because of the style of living.

Ms Costigan: That is correct, because it is inconvenient.

[Traduction]

Il y a de nombreuses autres préoccupations entourant cette question et l'une d'elles est l'argent. Nous avons parlé aujourd'hui des soins palliatifs et de nombreux témoins qui ont comparus devant nous ont affirmé que la meilleure réponse à long terme serait d'améliorer et d'accroître les soins palliatifs et d'offrir de meilleurs soins aux mourants. D'autres ont soutenu que ces propos n'avaient aucun sens, qu'il n'y avait pas suffisamment d'argent au Canada pour commencer à instituer et à mettre en place de telles installations et à payer le personnel requis pour offrir un degré suffisant de soins palliatifs dans l'ensemble du pays.

Nous venons tout juste d'entendre ce qui a été fait en Ontario et cela mérite des éloges. De fait, nous avons entendu quelques témoins de l'Ontario et de Montréal et nous en entendrons de nombreux autres provenant d'un peu partout au pays. Il est évident que le manque de soins palliatifs est probablement ce qui incite les gens à penser que leurs derniers jours seront misérables; ce sentiment suscite la crainte. La crainte peut causer beaucoup de douleur.

M. Brown: Cela est probablement exact.

Le sénateur Corbin: La crainte de la crainte est ce qui cause le plus de douleur et c'est cela qui incite de nombreuses personnes à se suicider, selon les soi-disants spécialistes qui ont étudié la question.

Jusqu'à quel point pensez-vous que le gouvernement devrait aller pour tenter d'améliorer le réseau des soins palliatifs au pays? Le coût est-il un facteur à cet égard?

M. Brown: Je ne pense pas que le coût soit un facteur dans ce cas. La question se résume à ceci: Quel prix attachons-nous à la vie humaine? C'est probablement la question la plus fondamentale que l'on puisse poser. Lorsque l'on aborde la question de la vie humaine, le coût ne devrait pas constituer un objectif; le maintien de la vie, le maintien d'un système permettant à quelqu'un d'avoir le soutien et l'aide requise au moment de mourir devraient avoir la priorité.

Le Parlement dépense notre argent dans de nombreux domaines différents. S'il en vient à faire un choix entre dépenser de l'argent dans un domaine et le dépenser à aider les gens à conserver leur vie et leur dignité durant leurs derniers moments, alors à mon avis qui est, je crois, aussi l'avis de chacun des membres de ce groupe, cela doit avoir la priorité. Si d'autres services sociaux doivent être mis de côté, qu'il en soit ainsi; mais le Parlement ne peut être placé devant une question plus fondamentale que celle de la valeur de la vie d'une personne.

Mme Costigan: Envisageriez-vous la proposition révolutionnaire selon laquelle les familles prendraient soin de leurs aînés? Lorsque nous sommes jeunes, nous avons besoin de nous entraider; il en va de même lorsque nous vieillissons. Serait-il trop révolutionnaire de suggérer que les familles prennent soin de leurs membres? Telle qu'on nous l'a présentée précédemment, c'est une formule qui a passablement de succès, quelle que puisse être la «famille» de quelqu'un.

Le sénateur Corbin: Il pourrait être plus difficile de le faire dans les centres urbains en raison du mode de vie qu'on y mène.

Mme Costigan: C'est exact, parce que cela n'est pas pratique.

[Texte]

Senator Corbin: In rural and small and medium-size towns across Canada, it is highly feasible and it has always been done. We run into a bigger problem in cities.

Ms Costigan: Perhaps we have to educate people that we can no longer afford this lifestyle.

Senator Corbin: That is part of the work of this committee.

You said something strange about getting on the plane and a consensus. I did not get your point. It seems to me you made a decision when you bought a ticket to get on the plane.

Ms Costigan: Yes. However, the pilot did not take a vote on the principles he should apply to get that plane up in the air and bring it down safely, because he was applying scientific truth. We have the ability to achieve knowledge, even in the areas where this discussion is.

Senator Corbin: I think he was exercising professional skills, skills for which he is licensed and held responsible more than anything else. I do not see what it has to do with the truth.

Ms Costigan: He was applying true principles of aviation.

Senator Corbin: Yes.

Ms Costigan: Man can discover this through his rationality. We can discover principles of truth and apply them to this discussion also.

Senator Corbin: One final comment, because the public does not understand this institution very well, Madam Chairman, and some understand even less how individuals in the Senate function. You raised the earlier Senate decision on abortion.

Ms Costigan: I was referring to your 50/50 vote.

Senator Corbin: That is to say, a 50/50 vote of the senators who were present. You seem to discount the fact that behind every senator there is a life of experience. There are family members, spouses of one sex or the other. There are children, daughters and sons. The younger senators still have living mothers and fathers. That is all part of the decision-making process. We are not machines. We are very much representative of our backgrounds and the society within Canada from which we come.

For example, I am from New Brunswick. Values in New Brunswick differ somewhat from values held in British Columbia. Lifestyles are not the same. I think it is simplifying matters too much to say that 50 per cent of the senators were on one side of the issue, therefore they could not be on the side of the truth; the other senators, well, who knows where they were.

Ms Costigan: You have missed my point, senator.

[Translation]

Le sénateur Corbin: Dans les régions rurales et les villes de petite et moyenne taille du Canada, cela est très faisable et on a toujours procédé ainsi. Nous rencontrons un problème plus sérieux dans les villes.

Mme Costigan: Peut-être devons-nous sensibiliser les gens au fait que nous ne pouvons plus nous permettre ce mode de vie.

Le sénateur Corbin: Cela fait partie du travail du comité.

Vous avez dit quelque chose de curieux à propos de prendre l'avion et de consensus. Je n'ai pas saisi. Il me semble que vous avez pris une décision lorsque vous avez acheté un billet pour monter à bord de l'avion.

Mme Costigan: Oui. Cependant, le pilote n'a pas procédé à un vote sur les principes qu'il devait appliquer pour faire décoller l'avion et le ramener à terre en sécurité, parce qu'il appliquait une vérité scientifique. Nous avons la capacité d'acquérir des connaissances, même dans les domaines visés par le présent débat.

Le sénateur Corbin: Je pense qu'il exerçait sa compétence professionnelle, une compétence pour laquelle il possède une licence et est tenu responsable plus que tout autre. Je ne vois pas ce que cela a à voir avec la vérité.

Mme Costigan: Il appliquait les vrais principes de l'aviation.

Le sénateur Corbin: Oui.

Mme Costigan: L'homme peut découvrir cela grâce à sa rationalité. Nous pouvons découvrir les principes de la vérité et les appliquer aussi à ce débat.

Le sénateur Corbin: Un dernier commentaire, parce que le public ne comprend pas très bien cette institution, Madame la présidente, et que certains comprennent encore moins comment travaillent les personnes qui font partie du Sénat. Vous avez mentionné la décision antérieure du Sénat au sujet de l'avortement.

Mme Costigan: Je parlais du vote partagé à 50-50 que vous avez pris.

Le sénateur Corbin: C'est-à-dire, un vote partagé à 50-50 des sénateurs qui étaient présents. Vous semblez ne pas tenir compte du fait que derrière chaque sénateur il y a toute une vie d'expérience. Il y a les membres de la famille, les conjoints d'un sexe ou de l'autre. Il y a les enfants, filles et garçons. Les sénateurs plus jeunes ont peut-être encore une mère ou un père vivant. Tout cela fait partie du processus décisionnel. Nous ne sommes pas des machines. Nous sommes très représentatifs des milieux et de la société dont nous sommes issus au Canada.

Ainsi, je viens du Nouveau-Brunswick. Les valeurs que l'on retrouve au Nouveau-Brunswick diffèrent quelque peu de celles qui ont cours en Colombie-Britannique. Les modes de vie ne sont pas les mêmes. Je pense que l'on simplifie beaucoup trop les choses en disant que 50 p. 100 des sénateurs se sont prononcés d'une certaine façon sur la question et, qu'en conséquence, ils ne pouvaient être du côté de la vérité; les autres sénateurs, et bien, qui sait où ils étaient.

Mme Costigan: Vous n'avez pas compris ce que je voulais dire, sénateur.

[Text]

Senator Corbin: We vote as individuals. We do not vote on the basis of theories, theses or doctrines. We vote on the basis of what we are and the values we stand for. That is what conditioned me.

Before I voted, I had a family discussion with my wife and our three daughters had a family discussion. I said, "This is an issue that concerns me as a senator. I have to be socially responsible. But the individuals being affected are very much women. What is your individual point of view?" That all came into the package. That is what makes senators vote the way they do vote. We are not different from any one of you.

It is easy to tag us with the name "politicians", or tag some other names to us, but, as senators, we like to believe that we have a heart that beats like yours for very much the same issues. It may be slower or faster. Being a senator does not make us perfect.

Mr. Brown: We are relying on that very fact, senator, in coming before you. What we are trying to do in the context of this debate is give you our legal assistance in trying to identify general legal principles which we think are at stake in this particular debate. It is our dearest hope that politicians are not machines. If you were, we would be facing some real problems. We are drawing upon your humanity and your experience in approaching this problem.

What we are trying to do is to assist you in grappling with these difficult issues, and identifying for you certain considerations that you may have addressed already. Some of them you may not have addressed. We hope they will be of some assistance to you in dealing with the matter before you.

The Chairman: Excuse me, Senator Corbin —

Senator Corbin: Every time I get on these very human issues, the chairperson cuts me off.

Mr. Egan: Our main point is that we want your beating heart to continue beating to the end of your natural life.

The Chairman: If I may say so, I do not want to continue this philosophical conversation.

Senator Corbin: We have to look at it, also.

The Chairman: I say that because we have to hear from other witnesses. We are constrained in terms of time.

As lawyers, you are aware that the solutions you are suggesting come under the jurisdiction of Ontario. You are all from Ontario. You are suggesting that there should be much more palliative care. I am sure everyone on this committee, regardless of how we may feel about this subject, agrees that there should be more and better palliative care.

That is where you should also be making your presentation. You should be encouraging the Government of Ontario to spend more money in this area. If you feel that families should be taking

[Traduction]

Le sénateur Corbin: Nous votons individuellement. Nous ne votons pas en fonction de théories, de thèses ou de doctrines. Nous votons d'après ce que nous sommes et d'après les valeurs que nous défendons. C'est ce qui m'a influencé.

Avant de voter, j'ai eu une discussion en famille avec mon épouse, et nos trois filles ont eu une discussion en famille. J'ai dit: «C'est une question qui me préoccupe en tant que sénateur. Je dois être socialement responsable. Mais les personnes touchées sont les femmes. Quel est votre point de vue personnel?» Tout cela est entré en ligne de compte. C'est ce qui fait que les sénateurs votent de la façon dont ils le font. Nous ne sommes pas différents de vous.

Il est facile de nous coller l'étiquette de «politiciens» ou de nous attribuer d'autres qualificatifs mais, comme sénateurs, nous aimons penser que nous avons un coeur qui bat, comme vous, et pour sensiblement les mêmes choses. Il peut battre plus lentement ou plus rapidement. Être sénateur ne signifie pas que nous sommes parfaits.

M. Brown: Nous nous appuyons précisément sur cela, sénateur, en nous présentant devant vous. Ce que nous tentons de faire dans le contexte du présent débat est de vous apporter notre assistance juridique pour tenter de définir les principes juridiques généraux qui, à notre avis, sont en jeu dans ce débat. Nous espérons de tout coeur que les politiciens ne soient pas des machines. Si c'était le cas, nous ferions face à de réels problèmes. Nous faisons appel à votre humanisme et à votre expérience au moment d'aborder ce problème.

Ce que nous tentons de faire est de vous aider à cerner ces questions difficiles et à définir à votre intention certaines des considérations que vous pouvez déjà avoir examinées. Certaines d'entre elles peuvent ne pas avoir été étudiées. Nous espérons qu'elles pourront vous aider dans l'examen de la question qui vous a été confiée.

La présidente: Excusez-moi, sénateur Corbin —

Le sénateur Corbin: À chaque fois que j'aborde ces questions très humaines, la présidente me retire la parole.

M. Egan: L'essentiel de notre propos est que nous voulons que votre coeur continue de battre jusqu'à la fin de votre vie naturelle.

La présidente: Si je puis me permettre d'intervenir, je voudrais que l'on mette fin à cette conversation philosophique.

Le sénateur Corbin: Nous devons en tenir compte aussi.

La présidente: Je dis cela parce que nous devons entendre d'autres témoins. Le temps dont nous disposons est limité.

En tant qu'avocats, vous êtes conscients que les solutions que vous avez proposées relèvent de la compétence de l'Ontario. Vous êtes tous ontariens. Vous avez fait valoir que l'on devrait offrir plus de soins palliatifs. Je suis sûre que tous ceux qui siègent à ce comité, peu importe leur opinion sur cette question, conviennent qu'il devrait y avoir davantage de soins palliatifs et de meilleure qualité.

Vous devriez aussi faire valoir votre position à ce niveau. Vous devriez encourager le gouvernement de l'Ontario à dépenser plus d'argent dans ce domaine. Si vous estimez que les familles

[Texte]

more interest in elderly parents who are dying, then we have to change our way of life in places such as Toronto, where I suppose most of you come from, where you have two-income families and smaller houses.

Unfortunately, over the years, life has changed and a lot of our parents do not live with their children any more. That is sad. I agree that it should be changed. But at this point it has nothing to do with this committee. We have to accept that.

We will be studying this matter. This subject will be studied and debated for a long time. We cannot predict yet where it will go. If those situations in each individual province do not change, and you do not become part of the change, then the pressures to go the other way will be greater.

Mr. Brown: You are perfectly right. Certainly, it is our intention to participate fully in the debate in Ontario.

Perhaps we could leave this one thought with you: Although palliative care is in someone else's jurisdiction, the federal government does have control over the disbursement of provincial health moneys, through the Canada Health Act, and Parliament is also the gatekeeper, to a certain degree, when it comes to the Criminal Code. Potentially, you can exercise great power to change the Criminal Code.

To the extent that that is part of the considerations or the evidence that is being brought before this committee, we wanted to come before you to give you our views on whether or not section 241 should be changed. We submit it should not.

The Chairman: We are very happy that you are here today and that you have given us your views. This is precisely the kind of advice and information we want to receive from a variety of witnesses. Thank you very much for being here today.

Our next witness is Ms Yaworski, who joined the AIDS committee in 1983 in the capacity of director. Is this the AIDS committee in Toronto?

Ms Carol Yaworski, Aids Committee of Toronto: Yes.

The Chairman: You have had extensive community-based social service experience and management duties with various branches of the Children's Aid Society, and with children's mental health and government agencies throughout the province.

Mr. Alan Stewart has just completed his second two-year term on the board of directors of the AIDS committee. He is director of the writing lab at the University of Toronto, and is a regular contributor and columnist of a major daily newspaper in Toronto.

Mr. Stewart, will you please make your presentation.

Mr. Alan Stewart, Aids Committee of Toronto: It is my privilege to talk to you today as a representative of ACT, the AIDS Committee of Toronto. ACT is the country's largest AIDS

[Translation]

devraient s'intéresser davantage aux parents âgés qui sont mourants, nous devons alors changer notre mode de vie dans des endroits comme Toronto, d'où, je suppose, proviennent la plupart d'entre vous et où vous avez des familles à deux revenus et des maisons plus petites.

Malheureusement, au fil des années, la vie a changé et les parents ne vivent plus avec leurs enfants dans bien des cas. Cela est triste. Je conviens que la situation devrait changer. Mais cela n'a rien à voir avec ce comité. Nous devons accepter cela.

Nous étudierons cette question. Ce sujet sera examiné et débattu pendant longtemps. Nous ne pouvons prévoir à ce stade quelle direction les choses prendront. Si la situation ne change pas dans chacune des provinces et si vous ne participez pas au changement, alors les pressions exercées pour aller dans la direction opposée seront plus grandes.

M. Brown: Vous avez tout à fait raison. Nous avons certes l'intention de participer pleinement au débat en Ontario.

Peut-être pourrions-nous vous quitter sur la réflexion suivante: bien que les soins palliatifs relèvent de la compétence de quelqu'un d'autre, le gouvernement fédéral exerce encore un contrôle sur les montants versés aux provinces au chapitre de la santé, par le truchement de la Loi canadienne sur la santé, et le Parlement est aussi le gardien, jusqu'à un certain point, du Code criminel. Peut-être pourriez-vous exercer un plus grand pouvoir en vue de modifier le Code criminel.

Dans la mesure où cela fait partie des considérations ou des éléments de preuve qui sont présentés au comité, nous tenions à comparaître devant vous pour vous communiquer notre point de vue sur l'opportunité de modifier ou non l'article 241. Nous sommes d'avis qu'il ne devrait pas être modifié.

La présidente: Nous très heureux de vous avoir eu avec nous aujourd'hui et d'avoir eu l'occasion d'entendre votre point de vue. C'est précisément le genre d'avis et de renseignements que nous voulons recevoir de la part de divers témoins. Je vous remercie beaucoup d'être venus ici aujourd'hui.

Notre prochain témoin est Mme Yaworski, qui s'est jointe au *AIDS Committee* en 1983 pour y occuper le poste de directrice. S'agit-il du *AIDS Committee of Toronto*?

Mme Carol Yaworski, AIDS Committee of Toronto: Oui.

La présidente: Vous avez acquis une expérience considérable dans le domaine des services sociaux communautaires et dans la gestion des diverses sections de la Société d'aide à l'enfance et d'organismes de santé mentale pour enfants et d'organismes gouvernementaux dans la province.

M. Alan Stewart vient de terminer un second mandat de deux ans au conseil d'administration du *AIDS Committee of Toronto*. Il est directeur du laboratoire d'écriture à l'Université de Toronto et est un correspondant et un chroniqueur régulier d'un important quotidien de Toronto.

Monsieur Stewart, voulez-vous faire votre présentation.

M. Alan Stewart, AIDS Committee of Toronto: J'ai le privilège de m'adresser à vous aujourd'hui en tant que représentant du ACT, le *AIDS Committee of Toronto*. Le ACT est la plus

[Text]

service organization, with 40 paid staff, over 400 volunteers, and an annual budget of \$2 million. We are grateful for the invitation to appear before you to talk about suicide.

First, let me tell you a bit about myself and where I stand on this issue. I believe firmly in the right of anyone to end his life. I also believe in the right of anyone to help someone else end his life. This is not merely a philosophic stand; I am HIV positive, as are many of the people I know. For us, suicide is more than a topic for debate; it is an issue that might call for practical consideration. As well, I have been present at the suicide of one of my friends. Though it was something I shall never be able to forget, I have no regret and no guilt.

I am here today, though, not to talk about my own attitudes toward suicide, but about what the AIDS Committee of Toronto has experienced in trying to decide, as an organization, where we stand.

About three years ago, some of us on the board of ACT became aware that we had no clear policy on suicide. Sick and dying clients often asked our counsellors about suicide. What did they think about it? How was it done? Should the client ask his doctor for information? Should the client ask his doctor for help? Could the counsellor help obtain a lethal prescription of barbiturates?

Those in the front lines dealing with people in the final stages of the disease felt they had no guidance or support from the organization. As a result of this, and also because some of us wanted to clarify the issue simply because we believed that issues should be clarified, the board decided that we would form a committee to develop a policy. I was on that committee.

Over the space of a few months, after a good deal of thought and research, I wrote, rewrote, and rewrote again a short document that I hoped would make clear: First, that ACT believed in the right of people dying of AIDS to end their lives; and, second, that ACT would do what it could do to help them.

I eventually came up with a two-page statement. It was very clear, sincere and dramatic. It ended like this:

So, in spite of legal considerations, ACT's first duty is to those with AIDS. Our mission statement includes "support and education", even if this comes down to supporting a considered wish for release or educating about possible means to do so; since we are committed to advocate for the dignity and independence of people affected by AIDS, we must honour this dignity and independence at every stage of the disease, right up to and including the end. If people with AIDS see no choice for themselves but to end their lives, we must respect that choice, even if it is difficult for us — spiritually, legally, professionally, and personally.

[Traduction]

grande organisation de services aux victimes du sida au pays, disposant d'un effectif rémunéré de 40 personnes, de plus de 400 bénévoles et d'un budget annuel de deux millions de dollars. Nous sommes reconnaissants d'avoir été invités à comparaître devant votre comité pour parler du suicide.

Premièrement, laissez-moi vous dire brièvement qui je suis et quelle est ma position sur cette question. Je suis fermement partisan du droit de toute personne à mettre fin à ses jours. Je crois aussi fermement que toute personne a le droit d'aider quelqu'un d'autre à mettre fin à ses jours. Ce n'est pas une position purement philosophique; je suis séropositif, comme le sont bon nombre des gens que je connais. Pour nous, le suicide est davantage qu'un sujet de discussion; c'est une question qui soulève des considérations pratiques. J'ai aussi assisté au suicide de l'un de mes amis. Je ne pourrai jamais oublier cela, mais je n'éprouve aucun regret et aucune culpabilité.

Je suis ici aujourd'hui, non pas pour parler de mes propres attitudes face au suicide, mais de l'expérience acquise par le *AIDS Committee of Toronto* en tentant de décider, à titre d'organisation, de la position qu'il doit défendre sur cette question.

Il y a environ trois ans, certains d'entre nous qui siégeons au conseil du ACT, ont pris conscience du fait que nous n'avions aucune politique claire sur la question du suicide. Des clients malades et mourants interrogeaient souvent nos conseillers au sujet du suicide. Qu'en pensaient-ils? Comment procède-t-on? Le client devait-il demander des renseignements à son médecin? Le client devait-il demander de l'aide à son médecin? Le conseiller pouvait-il l'aider à obtenir une ordonnance létale de barbituriques?

Ceux qui doivent traiter directement avec les gens qui en sont aux derniers stades de la maladie estimaient qu'ils n'avaient aucune ligne directrice ou aucun appui de la part de l'organisation. En conséquence, et aussi parce que certains d'entre nous voulaient tirer au clair cette question, simplement parce que nous pensions que les questions doivent être tirées au clair, le conseil d'administration a décidé de constituer un comité en vue d'élaborer une politique. J'ai participé à ce comité.

En quelques mois, après beaucoup de réflexion et de recherche, j'ai écrit, réécrit et réécrit à nouveau un court document qui, je l'espérais, préciserait que, premièrement, le ACT était en faveur du droit des gens mourant du sida de mettre fin à leur vie et, deuxièmement, que le ACT ferait tout ce qu'il pourrait pour les aider.

En définitive, j'ai produit une déclaration de deux pages. Elle était très claire, sincère et dramatique. Elle se terminait ainsi:

Ainsi, en dépit des considérations juridiques, la première responsabilité du ACT est à l'endroit des sidéens. Notre énoncé de mission englobe le «soutien et l'éducation», même si cela veut dire appuyer une volonté réfléchie de diffuser ou de faire de l'éducation au sujet des moyens possibles de le faire; étant donné que nous avons pris l'engagement de défendre la dignité et l'autonomie des sidéens, nous devons honorer cette dignité et cette autonomie à chaque étape de la maladie, jusqu'à et y compris la mort. Si les sidéens n'ont d'autre choix que de mettre fin à leurs jours, nous devons respecter ce choix, même s'il est difficile pour nous de

[Texte]

It is what the suffering person wants that should ultimately dictate what ACT should do. If we have a relationship with the person, if we have made clear what further treatment might be able to do, if we truly hold to what we have said about dignity and independence, and if we believe that ACT exists for those affected by AIDS and not the other way around, then, once convinced of the sincerity, awareness and desperation of those who ask for release, we need to help them however we can.

That is what I wanted to say three years ago, as loudly as possible, but we did not. There are a number of reasons why not. For one thing, we feared prosecution. We felt that such a statement, no matter how heartfelt, was almost inviting trouble with the law. Some doctors we spoke with were prepared to join us in such a statement, were prepared to go public and share any risks with us. They felt that public sympathy would be on our side. However, a well-known criminal lawyer we consulted almost begged us not to do it. He said, convincingly, that Canadians were not ready to sympathize publicly with such a position.

We also feared for our funding. ACT gets money from all levels of government and flouting the law could result our funding being cut off. Other money comes from corporate donors, many of whom might rethink their involvement in fighting a disease considered to be, at worst, a just and reasonable punishment from God for unspeakable excesses, and, at best, somewhat shady. If we went too squarely against the grain of public opinion, we might risk our corporate funding. We also receive money from private citizens, not all of whom might share such an attitude toward suicide.

And it was not just a question of money. For many people, coming to a place like ACT, no matter what the urgency, is extremely difficult. For many, the worst thing about the disease is having people find out that you have it. An organization that loudly and proudly advocated the right of people to end their own lives could be more frightening than attractive.

For all these reasons we quietly filed the document, dissolved the committee, and decided that our policy would be have to be no policy. We knew this smacked of hypocrisy, because we knew that our clients would still be asking for advice, information, and assistance.

We felt safe enough to keep information on suicide in our library. We even stocked *Final Exit* which, as you probably know, is a how-to book on suicide. However, it is available in book stores all over the country.

[Translation]

l'accepter — spirituellement, juridiquement, professionnellement et personnellement.

C'est ce que souhaite la personne souffrante qui, au bout du compte, doit dicter ce que le ACT doit faire. Si nous avons des rapports avec cette personne, si nous avons établi clairement ce que peut accomplir un autre traitement, si nous maintenons vraiment ce que nous avons affirmé au sujet de la dignité et de l'autonomie et si nous croyons que le ACT n'existe que pour les sidéens et personne d'autre, alors, une fois convaincu de la sincérité, de la sensibilité et du désespoir de ceux demandant d'être libérés, nous devons les aider par tous les moyens possibles.

C'est ce que j'ai voulu affirmer il y a trois ans, aussi fortement que possible, mais nous ne l'avons pas fait. Il y a un certain nombre de raisons à cela. D'abord, nous craignons les poursuites. Nous pensions qu'une telle déclaration, peu importe sa sincérité, allait presque assurément nous causer des ennuis avec la loi. Certains médecins avec qui nous en avons discuté étaient prêts à se montrer solidaires de cette déclaration, à paraître en public et à partager tout risque éventuel avec nous. Ils étaient d'avis que la sympathie du public irait à notre cause. Cependant, un criminaliste bien connu que nous avons consulté nous a presque supplié de ne pas le faire. Il a fait valoir, de façon convaincante, que les Canadiens n'étaient pas prêts à sympathiser publiquement avec une telle prise de position.

Nous craignons aussi pour notre financement. Le ACT obtient des fonds de tous les niveaux de gouvernement et, en défiant la loi, nous aurions pu nous retrouver sans financement. D'autres fonds proviennent d'entreprises donatrices et bon nombre d'entre elles pourraient être amenées à réévaluer leur participation à la lutte contre une maladie considérée, au mieux, comme étant un peu louche et, au pire, comme une punition juste et raisonnable de Dieu pour des excès inqualifiables. Si nous étions allées trop ouvertement contre l'opinion publique, nous aurions risqué de perdre la partie de notre financement qui provient des entreprises. Nous recevons aussi des dons en argent de particuliers, dont certains pourraient ne pas avoir partagé une telle attitude à l'égard du suicide.

Et ce n'était pas uniquement une question d'argent. Pour de nombreuses personnes, s'adresser à un organisme tel que le ACT, quelle que soit l'urgence de la situation, est extrêmement difficile. Dans nombre de cas, la pire chose au sujet de la maladie est que des gens découvrent que vous l'avez contractée. Une organisation qui préconise ouvertement et fièrement le droit des gens de mettre fin à leur vie pourrait être plus terrifiante qu'accueillante.

Pour toutes ces raisons, nous avons sagement rangé le document, démantelé le comité et pris la décision qu'il nous fallait adopter comme politique de ne pas avoir de politique. Nous étions conscients que cela frôlait l'hypocrisie, parce que nous savions que nos clients continueraient de nous demander des conseils, des renseignements et de l'aide.

Nous nous sentions suffisamment sûrs pour conserver de l'information sur le suicide dans notre bibliothèque. Nous avons même acheté plusieurs exemplaires de *Final Exit* qui, comme vous le savez probablement, est un ouvrage qui renferme des

[Text]

Since we made that decision three years ago, public opinion has changed faster than I would have thought possible. Three years ago, I would not have believed that I would be representing the AIDS Committee of Toronto before you today, arguing in favour of changing the laws involving suicide and assisted suicide, yet fearing no repercussions. It is not that everyone will agree with us. However, I do not believe that we will be vilified in the press or Parliament, or picketed by the religious right.

I believe that the public is ready for a relaxation of the laws. Dr. Kevorkian, in the United States, though surely not a heroic figure, is not behind bars in spite of the considerable number of people he has helped to kill themselves, and in spite of his protestations that he has no intention of stopping.

In the last few years, resolutions on the ballot in California and Oregon have only narrowly missed being passed. In Canada, the widespread sympathy for Sue Rodriguez expressed a general feeling that, although the idea of suicide is repellent, she should not have had to go through what she did. I believe Canadians are still not comfortable with the idea of suicide, less comfortable with legislating change in the laws, but even less comfortable with turning away when people like Sue Rodriguez ask for help.

As far as the AIDS Committee of Toronto is concerned, we exist to help people live, not to die. Our focus will always be on life. However, when someone with AIDS decides that he or she needs to die and needs help to do so, we wish the law would allow us to help.

Our position is that everyone should have safe access to counselling on suicide and assisted suicide. Furthermore, everyone should have safe access to assisted suicide, suicide assisted by physicians but not necessarily by physicians. We argue that the Criminal Code should be changed to allow this.

Our buried position statement of three years ago said what we want to say now. Its tone and diction were perhaps shrill, but its content still holds. As we said then, if people with AIDS see no choice for themselves but to end their lives, then we must respect that choice, even if it is difficult for us. Thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Stewart.

Senator Corbin: I have one brief question. My impression is that you feel you have lost trust, if I may put it that way. I do not want to interpret what you have said, but I am trying to get at the bottom of it.

Do you feel betrayed by society, and would this would explain why you are prepared to go to the limits of what it is that you are requesting? Do you feel that the palliative care facilities have

[Traduction]

conseils sur la façon de se suicider. Cependant, il est disponible dans les librairies partout au pays.

Depuis que nous avons pris cette décision il y a trois ans, l'opinion publique a évolué plus rapidement que je ne l'avais cru possible. Il y a trois ans, je n'aurais pas pensé que je représenterais le *AIDS Committee of Toronto* devant vous aujourd'hui pour plaider en faveur d'une modification des lois sur le suicide et le suicide assisté, sans crainte d'en subir des répercussions. Ce n'est pas que tout le monde soit d'accord avec nous. Cependant, je ne crois pas que nous serons vilipendés dans la presse ou au Parlement ou que la droite religieuse organisera une manifestation contre nous.

Je crois que le public est prêt à accepter un assouplissement des lois. Le Dr Kevorkian, aux États-Unis, qui n'est assurément pas un personnage héroïque, n'est pas en prison en dépit du fait qu'il a aidé un très grand nombre de personnes à se suicider et du fait qu'il a affirmé n'avoir aucunement l'intention de s'arrêter.

Au cours des dernières années, les résolutions inscrites sur les bulletins de vote en Californie et en Oregon ont été rejetés par une très faible marge. Au Canada, le vaste mouvement de sympathie à l'endroit de Sue Rodriguez a traduit l'impression générale que, même si l'idée du suicide est repoussante, cette n'aurait pas dû être obligée de subir ce qu'elle a subi. Je crois que les Canadiens sont toujours mal à l'aide devant la notion du suicide, qu'ils ne sont pas très enclins à légiférer des modifications aux lois, mais qu'ils sont encore moins prêts à se dérober lorsque des personnes telles que Sue Rodriguez demandent de l'aide.

En ce qui a trait au *AIDS Committee of Toronto*, notre mission est d'aider les gens à vivre et non à mourir. Nos efforts seront toujours orientés vers la vie. Cependant, lorsqu'une personne atteinte du sida décide qu'elle doit mourir et qu'elle a besoin d'aide pour ce faire, nous souhaitons que la loi puisse nous permettre de l'aider.

Notre position est que toute personne devrait avoir accès, en toute sécurité, à des conseils sur le suicide et le suicide assisté. De plus, toute personne devrait avoir accès, en toute sécurité, au suicide assisté, au suicide assisté par un médecin, mais non nécessairement par un médecin. Nous faisons valoir que le Code criminel devrait être modifié pour permettre cela.

La déclaration de principe que nous avons rangée il y a trois ans affirmait ce que nous voulons dire maintenant. Le ton et le langage étaient peut-être stridents, mais le contenu demeure le même. Comme nous l'affirmions alors, si les gens qui ont contracté le sida estiment qu'ils n'ont d'autres choix que de mettre fin à leurs jours, nous devons respecter ce choix, même si cela est difficile pour nous. Je vous remercie.

La présidente: Je vous remercie, monsieur Stewart.

Le sénateur Corbin: J'ai une brève question. J'ai l'impression que vous avez le sentiment d'avoir perdu la confiance, si je puis m'exprimer ainsi. Je ne veux pas interpréter ce que vous avez dit, mais je tente d'aller à l'essentiel.

Vous sentez-vous trahi par la société et cela expliquerait-il pourquoi vous êtes prêt à aller jusqu'au bout de ce que vous avez demandé? Êtes-vous d'avis que les services de soins palliatifs ont

[Texte]

failed you utterly? Have you lost hope in society giving you adequate care?

Mr. Stewart: No, definitely not. With regard to the whole issue, I think everyone has an opinion on it, and everyone's opinion is heartfelt and sincere. Therefore, although we realize that everyone does not share our point of view, we realize that it is not because they are evil or stupid or any of those. They just have a different point of view. Perhaps they have not seen it the way we see it. We would like these people to see it the way we see it in the hope of having them accept our point of view.

As far as palliative care is concerned, some people with AIDS choose that. However, for one thing, there is a very long waiting list.

Senator Corbin: Is it not generally available?

Mr. Stewart: In Toronto, there is a waiting list. Again, some people do not want it.

Ms Yaworski: At Casey House, for example, the waiting list for palliative care in the residential program, where people move in, is six weeks. In terms of palliative care, six weeks is a long period of time. The waiting list for their home hospice program, which is a service that provides palliative care within an individual's home, is three weeks.

It requires essentially that, as their health deteriorates, people should do a considerable amount of planning. For very human reasons, people do not plan ahead. They do not want to think that they will get sicker, particularly with a disease like AIDS where people go through periods of recovery. Unlike the elderly who steadily deteriorate, people with AIDS often go through periods of recovery where they believe that they are winning the battle.

The kind of planning that often takes place with the elderly is not easily incorporated into planning for people living with AIDS, who are traditionally much younger, people in their 30s or 40s or 50s, and who do not think of themselves in the same way that the elderly do.

Senator DeWare: In assisted suicide for AIDS patients, what particular guidelines would your organization put in place as to the timing of that? I know all cases would be different, but what should be the timing of suicide? You may have AIDS today and say, "I don't want to go through any of this, so I would like to take my life at this point."

There should be some guidelines, because a person can have a very decent life for a couple of years, or quality time with his or her family, perhaps. After you realize that there will be an end to your life, there could be quality time with members of your family that you have not had before. We talk about this in all cases, with cancer patients and so on.

[Translation]

fait complètement défaut dans votre cas? Avez-vous perdu espoir que la société vous donnera des soins adéquats?

M. Stewart: Non, absolument pas. En ce qui a trait à toute cette question, je pense que nous avons tous une opinion et que cette opinion est sincère et réfléchie. En conséquence, bien que nous soyons conscients que tous ne partagent pas notre point de vue, nous savons que ce n'est pas parce que les gens sont mauvais ou stupides. Ils ont tout simplement un point de vue différent. Peut-être n'ont-ils pas perçu la question de la façon dont nous l'envisageons. Nous voudrions que ces gens envisagent la question de la façon dont nous le faisons dans l'espoir qu'ils en viendraient à accepter notre point de vue.

En ce qui a trait aux soins palliatifs, certaines personnes atteintes du sida choisissent cette voie. Cependant, il faut dire d'emblée que la liste d'attente est très longue.

Le sénateur Corbin: Ces soins ne sont pas généralement disponibles?

M. Stewart: À Toronto, il y a une liste d'attente. Encore une fois, certaines personnes ne veulent pas de ces soins.

Mme Yaworski: À Casey House, par exemple, la liste d'attente pour l'obtention de soins palliatifs dans le cadre du programme d'accueil en résidence est de six semaines. Quand on parle de soins palliatifs, six semaines est une longue période de temps. La liste d'attente pour le programme de soins d'hospice à domicile, qui est un service offrant des soins palliatifs au domicile d'une personne, est de trois semaines.

Lorsque leur santé se détériore, il devient essentiel pour les gens de faire beaucoup de planification. Pour des raisons très humaines, les gens ne prévoient pas à l'avance. Ils ne veulent pas penser qu'ils deviendront plus malades, notamment lorsqu'ils ont contracté une maladie comme le sida qui est marquée par des périodes de rémission. Contrairement aux personnes âgées qui voient leur condition se détériorer progressivement, les gens atteints du sida traversent souvent des périodes de rétablissement où ils sont convaincus qu'ils sont en voie de remporter la bataille.

Le genre de planification qui se fait souvent dans le cas des personnes âgées ne peut être transposé facilement aux personnes atteintes du sida, qui sont généralement beaucoup plus jeunes, c'est-à-dire des personnes dans la trentaine, la quarantaine ou la cinquantaine qui ne se perçoivent de la même façon que le font les personnes âgées.

Le sénateur DeWare: Dans le cas du suicide assisté pour les patients atteints du sida, quelles lignes directrices particulières établirait votre organisation quant au moment opportun pour poser un tel acte? Je sais que tous les cas sont différents mais quel devrait être le moment choisi pour se suicider? Vous pouvez avoir le sida aujourd'hui et dire: «Je ne veux pas vivre dans ces conditions, alors j'aimerais m'enlever la vie dès maintenant».

Il devrait y avoir certaines lignes directrices, parce qu'une personne peut mener une vie très convenable pendant quelques années, ou encore passer du temps de qualité avec sa famille. Une fois que vous avez pris conscience du fait que votre vie prendra fin, vous pouvez passer du temps de qualité avec des membres de votre famille comme nous n'en avez pas eu l'occasion auparavant.

[Text]

Would your organization have guidelines as to when you felt that person could request assisted suicide?

Mr. Stewart: We definitely think there should be guidelines. We do not think it should be people like us who set them up. People who are diagnosed with HIV often feel suicidal right then. At various stages of the disease, they might say, for example, "When I get a colostomy bag, I will end it," or "When I cannot walk, I will end it," or "When I lose my sight, I will end it."

In fact, what usually happens is that they do not. They want to keep going, and they want to get from life everything they can get out of it. When people call asking about suicide, we often get the impression that they just want to know; that is, it is a kind of security blanket that, somewhere down the road, they know they can use.

As far as the details, the ins and outs, the waiting period, that sort of thing, I think that is a complicated thing which needs to be worked out very carefully.

Ms Yaworski: But you make a very good point about the importance, that if the laws were to change to allow assisted suicide, the first people who would want those kinds of guidelines would be our counsellors, precisely because of what Alan says. Very frequently, the feedback we get from our counsellors is that, at the point of diagnosis, many people say that the line for them is such and such a point. "If I cannot walk any more or if I cannot breathe unassisted, that is the line."

Very often, the line is set quite close and, as they get sicker, they realize it is not as bad as they thought it was going to be. An important point Alan made is that the majority of people who die of AIDS die fighting every step of the way. The number of people who choose to end their own lives or seek help in doing so is really proportionately quite small. However, it is very important to us that those people not be lost in the shuffle, that we retain awareness of the fact that there are some people who have that fear of pain. The senator spoke to the previous group about this, and I think that is a very real issue.

For some people, the fear of pain and the fear of debilitation is tremendous. For most of us, in dealing with illness, we realize we have more strength than we thought we would have. We see this all the time with very ill people. However, for some people, it is too much. Many people make those plans very early, at the point of diagnosis. They will put aside a stock of pills, for example.

[Traduction]

Nous parlons de cela dans tous les cas, lorsqu'il s'agit des patients atteints du cancer ou d'autres maladies.

Votre organisation a-t-elle établi des lignes directrices sur le moment opportun où, selon vous, une personne pourrait demander un suicide assisté?

M. Stewart: Nous pensons certainement qu'il devrait y avoir des lignes directrices. Nous ne pensons pas qu'il revienne à des gens comme nous de les établir. Les gens diagnostiqués comme étant séropositifs ont souvent, à l'instant même, des pensées suicidaires. À diverses étapes de la maladie, ils peuvent dire, par exemple: «Lorsque j'arriverai au stade de la poche pour colostomie, j'en finirai», ou encore: «Lorsque je ne pourrai plus marcher, j'en finirai».

De fait, ce qui se produit habituellement, est qu'ils ne le font pas. Ils veulent poursuivre, ils veulent tirer de la vie tout ce qu'ils peuvent. Lorsque des gens appellent pour se renseigner au sujet du suicide, nous avons souvent l'impression qu'ils veulent tout simplement se renseigner; c'est-à-dire que c'est pour eux une forme d'assurance qu'ils savent qu'ils pourront utiliser le moment venu.

Pour ce qui est des détails, des modalités, de la période d'attente, etc., je pense qu'il s'agit d'une question complexe qui doit être examinée très attentivement.

Mme Yaworski: Mais vous avez très bien signalé l'importance de cet aspect, à savoir que si les lois devaient être modifiées pour permettre le suicide assisté, les premières personnes qui voudraient disposer de telles lignes directrices seraient nos conseillers, précisément pour les raisons que vient de donner Alan. Très souvent, la rétroaction que nous obtenons de nos conseillers est que, au moment du diagnostic, de nombreuses personnes affirment que, dans leur cas, la limite se situe à tel ou tel point. «Lorsque je ne pourrai plus marcher ou lorsque je ne pourrai plus respirer sans aide, ce sera la limite».

Très souvent, la limite est assez rapprochée et à mesure que progresse la maladie, ces personnes se rendent compte que la situation n'est pas aussi mauvaise qu'elles le pensaient. Un point important soulevé par Alan est que la majorité des gens qui meurent du sida mènent une lutte de tous les instants. En réalité, le nombre de personnes qui choisissent de mettre fin à leurs jours ou de chercher de l'aide pour le faire est proportionnellement très limité. Cependant, il est très important pour nous que ces personnes ne soient pas oubliées en cours de route, que nous demeurions conscients du fait qu'il y a des gens qui craignent la douleur. Le sénateur a parlé de cela au groupe qui nous a précédé et je pense que c'est une question qui se pose vraiment.

Pour certaines personnes, la crainte de la douleur et la crainte de la débilité sont très grandes. Pour la plupart d'entre nous, la lutte contre la maladie nous fait prendre conscience du fait que nous avons plus de force que nous le pensions. Nous observons cela tous les jours chez des gens qui sont très malades. Cependant, pour certaines personnes, l'épreuve est trop grande. De nombreuses personnes font cela très tôt. Au moment du diagnostic. Par exemple, ils garderont en réserve une certaine quantité de pilules.

[Texte]

That is not unique to AIDS. I have a friend who has multiple sclerosis. I know that at the point of diagnosis she set aside the means to end her life if the disease becomes unbearable. She may live asymptomatic for another 40 or 50 years, or her health may deteriorate in three or four years. She has no way of knowing, but she feels the need to have that option if that is what is required. That is certainly what we see with a proportionately small group of people, but a very significant group of people to us.

Senator DeWare: It is certainly a good thing we do not have a crystal ball that tells us what is going to happen to us.

Ms Yaworski: It is better not to know.

Senator Lavoie-Roux: We have had a few groups who came before us to talk about cancer patients. I do not want to make an absolute truth of this, because there were many nuances, but, on the whole, they talked more in terms of palliative care than assisted suicide, although some also referred to assisted suicide.

You probably do not have the means to evaluate this, but is the request for assisted suicide greater with AIDS cases than it is with cancer patients or other terminally ill patients?

Mr. Stewart: I do not know.

Ms Yaworski: I do not know either. I think there is a higher level of awareness or consciousness of suicide as an option within people affected by AIDS. Historically, in Canada, that group has predominantly been within the gay community, for example, and there is a tremendous support system within that community for people suffering from AIDS and dying of AIDS.

People with cancer are spread throughout the population, so perhaps there are not the same kinds of services, or concentration of them, and perhaps there is not the concentration of public awareness like the kind of information that is available in our library.

I would guess that there is probably a higher level of awareness of options and a higher level of awareness of how to find out what you need to know than there might be in the general population, but that is speculation.

Mr. Stewart: Also, historically, I think that people with AIDS are different than people with other terminal illnesses, because it has come on so fast, because there was so little knowledge, and because so much of what needed to be done ended up being done by the people who were sick themselves. People with AIDS had to fight for drugs. They had to fight for all sorts of things.

[Translation]

Cette situation n'est pas exclusive au sida. J'ai une amie atteinte de la sclérose en plaques. Je sais qu'au moment du diagnostic, elle a pris des dispositions pour mettre fin à ses jours si la maladie devient intolérable. Elle pourrait vivre sans symptôme pendant encore 40 ou 50 ans, ou voir sa santé se détériorer en trois ou quatre ans. Elle n'a aucun moyen de savoir mais elle ressent le besoin d'avoir cette option s'il devient nécessaire d'y recourir. C'est assurément ce que nous observons chez un groupe proportionnellement restreint de personnes, mais un groupe de personnes qui demeurent néanmoins très importantes pour nous.

Le sénateur DeWare: C'est certainement une bonne chose que nous n'ayons pas une boule de cristal qui nous révélerait ce qui nous attend.

Mme Yaworski: Il est préférable de ne pas savoir.

Le sénateur Lavoie-Roux: Quelques groupes ont déjà comparus devant nous pour parler des patients atteints du cancer. Je ne veux pas faire de cela une vérité absolue parce qu'il y a de nombreuses nuances, mais, dans l'ensemble, ils ont parlé davantage des soins palliatifs que du suicide assisté, bien que certains en aient fait mention.

Vous n'avez probablement pas les moyens d'évaluer cela, mais est-ce que les demandes de suicide assisté sont plus fréquentes dans le cas des patients atteints du sida que dans celui des patients atteints du cancer ou d'autres malades en phase terminale?

M. Stewart: Je ne sais pas.

Mme Yaworski: Je ne sais pas non plus. Je pense que le niveau de sensibilisation ou de conscientisation au suicide en tant qu'option est plus élevé chez les sidéens. Historiquement au Canada, ce groupe a été constitué principalement de membres de la communauté homosexuelle, par exemple, et il existe un réseau d'entraide extrêmement développé au sein de cette communauté pour les personnes atteintes du sida et mourant de cette maladie.

Les personnes atteintes du cancer sont réparties dans l'ensemble de la population, de sorte qu'il se peut qu'elles n'aient pas accès aux mêmes genres de services, ou à une telle concentration de services, et il se peut qu'il n'y ait pas, dans leur cas, une aussi forte concentration d'instruments de sensibilisation du public comme le genre de renseignements qui sont disponibles dans notre bibliothèque.

Je m'aventurerai à dire qu'il y a probablement un niveau plus élevé de sensibilisation au sujet des options qui s'offrent et un niveau de sensibilisation plus élevé aux façons de trouver ce que vous avez besoin de savoir que ce n'est le cas dans la population en général, mais il s'agit là d'une supposition de ma part.

M. Stewart: Historiquement aussi, je pense que la situation des sidéens diffère de celle des gens atteints d'autres maladies terminales, parce que le sida a frappé si vite, parce qu'il y avait si peu de connaissances et parce qu'une bonne partie de ce qui devait être fait a été accompli en définitive par des gens qui avaient contracté la maladie. Les personnes atteintes du sida ont dû lutter pour obtenir des médicaments. Elles ont dû lutter pour obtenir toutes sortes de choses.

[Text]

I think that people with AIDS, compared to people with other diseases, are probably a lot more in control of their treatment and make a lot more of the decisions because, in a way, they have been forced to. I think that might be one reason why people with AIDS are perhaps very interested in the whole question of suicide and assisted suicide. They have been very interested in their disease and their treatment from the onset, and it is natural for them to continue on in that way. I think it is more likely than with someone who has a disease that had been around since the dawn of time.

Senator Lavoie-Roux: Do you feel the fact that so many prejudices have surrounded AIDS patients is perhaps a reason for them getting together more than other people? Do you feel that fear of rejection or rejection by their families is a factor that plays a role in the more acute request for assisted suicide, as opposed to some other groups where the family might be closer to them?

Perhaps my own prejudices are talking, but I have worked with AIDS patients as Minister of Health. Perhaps it is not as acute as it was, but at the beginning it was a very acute situation.

Mr. Stewart: I think there is no doubt that the sort of stereotypical picture of the poor gay man dying of AIDS alone, having been rejected by his family and colleagues, does exist, but I think it far more likely that that person is surrounded by friends and family. Often it is the friends and family who are prepared to assist him.

Ms Yaworski: In whatever way.

Mr. Stewart: In their hearts, they would like to. They are convinced that if he wants to go, they are prepared to help him. Sometimes it is 80-year-old widows who are trying to find barbiturates for their son. The burden on them is immense because they are trying to follow the wishes of the sick person.

Senator Lavoie-Roux: There would be a few exceptions in every situation, but, on the whole, do you feel that emotional support, physical support, or even financial support, would be as available to AIDS patients as it would be to cancer patients?

Mr. Stewart: In general, I do not think that treatment in hospitals is as kind and sympathetic for someone with AIDS as it would be for someone with cancer, although it is certainly better in Toronto, at least, than it was before. Some years ago, the staff would not clean the room, would not bring in the food, and that sort of thing. Those days are over, for the most part.

Still, there is a general belief that many of the people who have AIDS have asked for it. When a person such as Ryan White, the little boy in the United States who died because of a blood

[Traduction]

Je pense que les personnes atteintes du sida, comparativement à celles qui sont atteintes d'autres maladies, exercent probablement un contrôle beaucoup plus grand sur leur traitement et participent beaucoup plus aux décisions parce que, d'une certaine façon, elles ont été obligées à le faire. Je pense que cela pourrait être l'une des raisons pour lesquelles les personnes atteintes du sida sont peut-être très intéressées à toute la question du suicide et du suicide assisté. Elles se sont beaucoup intéressées à leur maladie et à leur traitement dès le départ et il est naturel qu'elles poursuivent dans cette voie. Je pense qu'il est plus probable qu'il en soit ainsi pour les sidéens que pour les personnes ayant contracté une maladie qui existe depuis toujours.

Le sénateur Lavoie-Roux: Estimez-vous que le fait qu'il y a eu de si nombreux préjugés à l'endroit des sidéens est peut-être l'une des raisons pour lesquelles ces personnes se sont regroupées davantage que d'autres? Pensez-vous que la crainte du rejet ou le rejet dont ces personnes ont été l'objet de la part de leur famille est un facteur qui contribue à expliquer les demandes plus pressantes à l'égard du suicide assisté, par comparaison avec certains autres groupes de patients où la famille a peut-être offert un meilleur soutien?

Il se peut que j'exprime ici mes propres préjugés, mais j'ai travaillé avec des personnes atteintes du sida à titre de ministre de la Santé. La situation n'est peut-être pas aussi grave qu'elle l'était, mais au début la situation était très sérieuse.

M. Stewart: Je pense qu'il ne fait aucun doute que l'image stéréotypée du pauvre homme gai mourant du sida dans l'isolement, après avoir été rejeté par sa famille et ses collègues, existe réellement, mais je pense qu'il est beaucoup plus probable que cette personne soit entourée par des amis et des membres de sa famille. Souvent, ce sont ses amis et les membres de sa famille qui sont prêts à l'aider.

Mme Yaworski: De quelque façon que ce soit.

M. Stewart: Dans leur coeur, ces personnes voudraient l'aider. Elles sont convaincues que s'il souhaite en finir, elles sont prêtes à lui venir en aide. Parfois, ce sont des veuves de 80 ans qui cherchent à obtenir des barbituriques pour leur fils. Le fardeau qu'elles supportent est immense parce qu'elles tentent de répondre au souhait de la personne malade.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il y aurait quelques exceptions dans chaque circonstance mais, dans l'ensemble, estimez-vous que le soutien émotif, physique, voire financier serait aussi accessible aux sidéens qu'aux patients atteints du cancer?

M. Stewart: De façon générale, je ne pense pas que le traitement offert dans les hôpitaux est aussi attentif et sympathique pour une personne atteinte du sida que pour une personne atteinte du cancer, bien que la situation soit certainement meilleure à Toronto, du moins par comparaison à ce qu'elle était auparavant. Il y a quelques années, le personnel refusait de nettoyer la chambre, n'apportait pas les aliments et ainsi de suite. Cette époque est révolue, en bonne partie.

Pourtant, on croit en général que de nombreuses personnes atteintes du sida n'ont eu que ce qu'elles cherchaient. Une personne telle que Ryan White, le petit garçon mort du sida aux

[Texte]

ransfusion, get AIDS, he is considered to be an innocent victim, whereas it is not the same for someone who asked for it.

Ms Yaworski: I think there is an important point to be made around the availability of services in metropolitan Toronto as opposed to in rural communities. That is a very important point. Within Toronto, for example, we have a range of specific hospices that can provide palliative care for people with AIDS. In fact, we are probably better serviced in some respects than cancer patients. There is a wider range of options.

For example, our organization just recently published a palliative care manual for use by care teams that will allow people to die in their own homes. We have had extensive interest from the Canadian Cancer Society and the Alzheimer Society in using that manual. It has been extensively ordered in the last few months.

Having AIDS in metropolitan Toronto and having AIDS in Swift Current are very different situations. The services that are available to people in our community and in other large urban communities are significantly different and significantly better. In Toronto and in Vancouver, where there are large populations who are infected and affected by the disease, those services have developed, and they are developed very effectively. There has been a strong political lobby on all levels of government to provide the financial support that allows for options like palliative care, either in hospital settings or in a person's own home.

However, outside of metropolitan Toronto and downtown Vancouver, I think that those services significantly diminish the palliative care option.

Assisted suicide and palliative care are on a continuum of options that exist for people; it is a real error to assume that palliative care is a substitute.

One of our staff died three weeks ago of AIDS. He died at home, and he fought every step of the way. He died over an extended period of time. He was very bad tempered right up to the end. He was the person he had been all along. He chose to go that route. Other people choose not to. It is important not to see palliative care as an absolute solution to assisted suicide.

Senator Lavoie-Roux: Am I right in saying that your association promotes the alternative of assisted suicide for people who might want this as —

Ms Yaworski: Do we promote it, as in providing information?

Senator Lavoie-Roux: "Promote" might not be a good word.

Ms Yaworski: The answer is no.

[Translation]

États-Unis après avoir contracté cette maladie à la suite d'une transfusion sanguine, est considéré comme une victime innocente, mais que ce n'est pas la même chose pour quelqu'un qui l'a cherché.

Mme Yaworski: Je pense qu'il est important de parler de la disponibilité des services dans la région métropolitaine de Toronto par rapport qu'elle est dans les localités rurales. Cet aspect est très important. Ainsi, à Toronto, nous disposons d'une série d'hospices spécialisés qui peuvent offrir des soins palliatifs aux sidéens. De fait, nous sommes probablement mieux desservis à certains égards que les patients atteints du cancer. Il y a une gamme plus étendue d'options.

Par exemple, notre organisation vient tout juste de publier un manuel sur les soins palliatifs destiné aux équipes de soins qui aideront les gens à mourir dans leur foyer. La Société canadienne du cancer et la Société Alzheimer se sont montrées vivement intéressées à utiliser ce manuel. Nous avons reçu un très grand nombre de commandes au cours des derniers mois.

Être atteint du sida dans la région métropolitaine de Toronto et à Swift Current sont des situations très différentes. Les services qui sont mis à la disposition des gens dans notre localité et dans les autres grands centres urbains sont passablement différents et de meilleure qualité. À Toronto et à Vancouver, où il y a un nombre important de personnes infectées ou atteintes de la maladie, ces services se sont développés et continuent de se développer de façon très effective. De fortes pressions politiques ont été exercées sur tous les niveaux de gouvernement pour qu'ils fournissent une aide financière pour permettre que l'on ait accès à des options telles que les soins palliatifs, en milieu hospitalier ou au domicile du patient.

Cependant, hors de la région métropolitaine de Toronto et du centre-ville de Vancouver, je pense que ces services restreignent sensiblement l'option des soins palliatifs.

Le suicide assisté et les soins palliatifs se situent sur un continuum d'options qui s'offrent aux gens, et l'on commet une erreur en supposant que les soins palliatifs constituent une solution de rechange.

L'un des membres de notre personnel est mort du sida il y a trois semaines. Il est mort à la maison après avoir lutté jusqu'à la fin. Sa mort s'est prolongée sur une longue période. Il a été de fort mauvaise humeur jusqu'à la fin. Il est demeuré la personne qu'il a toujours été. Il a choisi de suivre cette voie. D'autres personnes choisissent de ne pas le faire. Il est important de ne pas envisager les soins palliatifs comme étant une solution absolue au suicide assisté.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ai-je raison de penser que votre association fait la promotion de l'option du suicide assisté aux gens qui pourraient vouloir s'en prévaloir —

Mme Yaworski: En faire la promotion au sens de fournir de l'information?

Le sénateur Lavoie-Roux: «Promouvoir» n'est peut-être pas le bon mot.

Mme Yaworski: La réponse est non.

[Text]

Senator Lavoie-Roux: "Provide" would be a better word.

Mr. Stewart: We provide information. Our library has information. We direct people there, but we are very careful not to go beyond that.

Ms Yaworski: What we do promote throughout the process is that this decision is a personal one, one people need to make for themselves.

Senator Lavoie-Roux: But you want them to have that alternative?

Mr. Stewart: Yes, we do.

Senator DeWare: You suggest in your brief that we, as a committee, recommend to the government that euthanasia be legalized.

The Chairman: You said a substantial number of individuals might choose suicide eventually. Could you give us an estimate of that proportion of people whom you have dealt with over the years? Most of them, as you say, are fighters and choose to go on one way or another, but what would be your idea of a significant percentage?

Mr. Stewart: It is very hard to tell, because unless it is someone who is very, very close to you, you do not know exactly how they died.

The Chairman: I see.

Mr. Stewart: Some people appear quite healthy one week, and then you learn that they have died. You do not know exactly why they died. Did they do it themselves? Did they just die? I do not think there is any way of knowing.

Ms Yaworski: I am sure that the Canadian AIDS Society, who are presenting immediately after us, will have an answer to that question.

That is an important point, particularly when medications such as morphine are prescribed in the final stages of a person's life. Frequently, doctors who regularly deal with AIDS patients will allow the patient to exercise a fair amount of control over that medication. That in itself wedges the door open a little bit. It would be virtually impossible for us to speculate about the number.

The Chairman: Thank you very much for appearing before us today. It is important for us to hear directly from organizations and people such as yourselves.

Honourable senators, we will now hear from Ms Carole Neron and Mr. Russell Armstrong of the Canadian AIDS Society.

I wish to remind you that we are operating under some time constraints this afternoon, as you probably have been told. We would like to hear your complete presentation before some members of the committee go to another committee hearing at five o'clock. I imagine we can stay a few minutes over that time,

[Traduction]

Le sénateur Lavoie-Roux: «Fournir» serait un meilleur terme.

M. Stewart: Nous donnons de l'information. Notre bibliothèque renferme de l'information. Nous y dirigeons les gens mais nous faisons très attention de ne pas aller plus loin.

Mme Yaworski: Ce que nous préconisons tout au long du processus est que cette décision a un caractère personnel, que c'est une décision que les gens doivent prendre eux-mêmes.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais vous voulez que les gens aient cette option?

M. Stewart: Oui, nous le voulons.

Le sénateur DeWare: Vous faites valoir dans votre mémoire que nous, du comité, devrions recommander au gouvernement de légaliser l'euthanasie.

La présidente: Vous affirmez qu'un nombre important de personnes pourraient éventuellement choisir la voie du suicide. Pouvez-vous nous donner une estimation du pourcentage des personnes avec qui vous avez eu à traiter au fil des années que cela représente? La plupart d'entre elles, comme vous dites, luttent et décident de poursuivre d'une façon ou d'une autre, mais quel serait, selon vous, un pourcentage significatif?

M. Stewart: C'est très difficile à dire, parce qu'à moins que vous ne soyez très près d'une personne, vous ne savez pas exactement comment elle est morte.

La présidente: Je vois.

M. Stewart: Certaines personnes semblent très en santé une semaine et vous apprenez par la suite qu'elles sont mortes. Vous ne savez pas exactement pourquoi. L'ont-elles fait elles-mêmes? Sont-elles tout simplement décédées? Je ne pense pas qu'il y ait un moyen de le savoir.

Mme Yaworski: Je suis sûre que la Société canadienne du SIDA, qui prendra la parole immédiatement après nous, pourra répondre à cette question.

C'est une question importante, notamment lorsque des médicaments tels que de la morphine sont prescrits aux dernières étapes de la vie d'une personne. Souvent, les médecins qui traitent régulièrement des sidéens permettront au patient d'exercer un contrôle assez grand sur sa médication. En soi, cela contribue à ouvrir un peu la porte. Il nous serait pratiquement impossible de faire des suppositions quant au nombre.

La présidente: Je vous remercie d'avoir comparu devant nous aujourd'hui. Il est important que nous entendions directement le point de vue d'organisations et de personnes telles que vous.

Honorables sénateurs, nous entendrons maintenant Mme Carole Neron et M. Russell Armstrong de la Société canadienne du SIDA.

Je voudrais vous rappeler que nous sommes pressés par le temps cet après-midi, comme on vous l'a probablement déjà dit. Je voudrais que nous entendions d'abord votre exposé complet avant que certains membres du comité quittent pour assister aux audiences d'un autre comité à 17 h. Je suppose que nous pouvons

[Texte]

ut we would like to give you as much time as possible for your presentation.

Senator Lavoie-Roux: Madam Chairman, we could carry on after 5 o'clock, if need be.

The Chairman: Yes. Only Senator DeWare and myself will have to leave. You could chair the remainder of the committee hearing.

Please proceed, Mr. Armstrong.

Mr. Russell Armstrong, Manager of National Programs, Canadian AIDS Society: Good afternoon.

Let me begin by expressing our thanks for the opportunity to speak with you today on behalf of the Canadian AIDS Society. My name is Russell Armstrong. I am the Manager of National Programs for the Canadian AIDS Society. In this role, I am responsible for the development and implementation of initiatives designed to assist local community-based AIDS organizations deliver quality programming in HIV/AIDS prevention, education, care, treatment and support.

I am joined this afternoon by Carole Neron, a Masters student in Social Work at Carleton University. Carole and I have worked together to prepare this presentation. We are delighted to have Steven Harris and Terry Goodwin with us. After Carole and I finish our presentation, Steven and Terry will share with you some of their personal experience and viewpoints on the issue of euthanasia and assisted suicide in the context of HIV/AIDS.

What Carole and I will present to you this afternoon are the results of a limited inquiry carried out amongst the members of the Canadian AIDS Society over the last two months. It is not a position paper per se, but simply the results of a process of discussion and exploration. Unfortunately, limited time and resources allowed us to go no further. What we have to share is significant, however, and represents a very important contribution to this debate from the HIV/AIDS constituency.

In order to put this presentation into context, I will first touch on some significant aspects of HIV/AIDS, followed by a brief outline of the structure and philosophy of the Canadian AIDS Society.

As some of you may be aware, AIDS is estimated to have caused 14,000 deaths in Canada, to date. In several ways, AIDS is different from other terminal diseases. During the previous presentation, senators addressed the issue of the stigma associated with this disease, as opposed to other diseases which are not. To date, HIV/AIDS has disproportionately affected marginalized groups, specifically gay and bisexual men, although, today, in almost all Canadian communities are people living with HIV/AIDS.

[Translation]

prolonger la séance de quelques minutes au delà de cette heure, mais je voudrais vous accorder autant de temps que possible pour la présentation de votre exposé.

Le sénateur Lavoie-Roux: Madame la présidente, nous pourrions poursuivre après 17 h, au besoin.

La présidente: Oui, seuls le sénateur DeWare et moi-même devons quitter. Vous pourriez présider le reste de la séance du comité.

Monsieur Armstrong, veuillez procéder.

M. Russell Armstrong, gestionnaire des programmes nationaux, Société canadienne du SIDA: Bonjour.

Laissez-moi débiter en vous remerciant pour l'occasion qui nous a été offerte de nous entretenir avec vous aujourd'hui au nom de la Société canadienne du SIDA. Mon nom est Russell Armstrong. Je suis gestionnaire des programmes nationaux de la Société canadienne du SIDA. Dans ce rôle, je suis responsable de l'élaboration et de la mise en oeuvre d'initiatives destinées à aider les organisations communautaires locales qui s'occupent des personnes atteintes du sida à offrir des programmes de qualité en matière de prévention, d'éducation, de soins, de soutien et de traitement du VIH/sida.

Je suis accompagné cet après-midi de Carole Neron, une étudiante en travail social au niveau de la maîtrise à l'Université Carleton. Carole et moi avons collaboré à la rédaction de ce mémoire. Nous sommes heureux d'avoir avec nous Steven Harris et Terry Goodwin. Lorsque Carole et moi-même aurons terminé notre exposé, Steven et Terry partageront avec vous certaines de leurs expériences et opinions personnelles sur la question de l'euthanasie et du suicide assisté dans le cas des personnes atteintes du VIH/sida.

Ce que Carole et moi allons vous présenter cet après-midi sont les résultats d'une étude restreinte réalisée auprès des membres de la Société canadienne du SIDA au cours des deux derniers mois. Il ne s'agit pas d'un document de principe, mais simplement des résultats d'un processus de discussion et d'exploration. Malheureusement, les contraintes de temps et de ressources ne nous ont pas permis d'aller plus loin. Ce que nous voulons partager avec vous est important, toutefois, et représente une contribution très importante à ce débat en provenance des milieux concernés par le VIH/sida.

Afin de situer cet exposé dans son contexte, j'aborderai d'abord certains aspects importants du sida/VIH, après quoi je donnerai un bref aperçu de la structure et de la philosophie de la Société canadienne du SIDA.

Comme certains d'entre vous le savent peut-être, on estime que le sida a causé 14 000 décès au Canada jusqu'à maintenant. À de nombreux égards, le sida diffère des autres maladies terminales. Au cours de l'exposé précédent, les sénateurs ont abordé la question du stigmate rattaché à cette maladie, contrairement à d'autres maladies. Jusqu'à maintenant, le VIH/sida a touché de façon disproportionnée des groupes marginaux, en particulier des hommes homosexuels et bisexuels, bien qu'aujourd'hui il y ait des gens atteints du VIH/sida dans pratiquement toutes les localités canadiennes.

[Text]

In many ways, AIDS is a disease of the modern age. In the relatively short period of time since it first emerged, AIDS has become one of the most talked about and studied diseases of our century. It has an active community-based movement associated with it, a movement that has worked to heighten awareness of the disease, to provide care, support and advocacy, and also to ensure that the rights and dignity of those who live with the disease are respected.

As a result of these efforts, many of us are aware of the progression of AIDS and how it can look in later stages. This is especially true of those among us who have watched friends, partners and/or family members die of this disease.

As with other terminal diseases, AIDS is progressive and can, in some cases, build to a slow, painful death that includes recurring symptoms and much physical deterioration. It can attack the body through opportunistic infections such as pneumocystis carinii pneumonia, cancers such as kaposi's sarcoma, wasting syndrome, loss of weight, chronic fatigue and dementia.

Given the very pronounced physical aspect of this disease, it is not surprising that people affected by HIV/AIDS may want to consider the options of euthanasia and assisted suicide so that they may be able to control at least some of the circumstances surrounding the terminal stages of HIV/AIDS.

The Canadian AIDS Society was formed in 1986, a national coalition of community-based organizations united in the struggle against HIV and AIDS. In 1986, the society's membership was less than 10. Today we have over 100 members representing organizations and projects in virtually every region of Canada.

The mandate of the society is to speak as the national voice and to act as a national forum for a community-based response to HIV infection and AIDS. The society also undertakes advocacy on behalf of people affected by HIV/AIDS, acts as a resource on HIV and AIDS issues for its member organizations, and helps to coordinate community-based participation in a national strategy to combat HIV and AIDS.

Some examples of our work include the document *Act Now: Managing AIDS in the Workplace*, a document designed to help managers and employees deal with AIDS in workplace settings; a workbook entitled *Homophobia, Heterosexism and AIDS* which addresses issues of bias and stigma; a survey entitled *Men's Survey 90* which surveyed the knowledge, attitude and behaviour of gay and bisexual communities across Canada in their response to HIV/AIDS; and, we also have a publication titled *Safer Sex Guidelines: A Resource Document for Educators and Counsellors*, recently revised and being reissued this month.

[Traduction]

À de nombreux égards, le sida est une maladie de l'ère moderne. En un laps de temps relativement court après son apparition, le sida est devenu l'une des maladies les plus débattues et étudiées de notre siècle. Un mouvement communautaire actif y est associé, mouvement qui a oeuvré pour mieux faire connaître la maladie, offrir des soins et un soutien, défendre les intérêts des personnes atteintes et veiller à ce que les droits et la dignité des sidéens soient respectés.

À la suite de ces efforts, bon nombre d'entre nous sommes maintenant renseignés sur la progression du sida et la forme qu'il peut prendre aux cours des dernières étapes. Cela est particulièrement vrai pour ceux d'entre nous qui ont vu des amis, des partenaires ou des membres de leur famille mourir de cette maladie.

Comme pour les autres maladies terminales, le sida suit une progression et peut, dans certains cas, mener à une mort lente et douloureuse en étant accompagné de symptômes récidivants et d'une importante dégénérescence physique. Il peut s'attaquer à l'organisme par des infections opportunistes telles que la pneumonie interstitielle à pneumocystis carinii, des cancers tels que le sarcome de Kaposi, le syndrome d'amaigrissement, la perte de poids, la fatigue chronique et la démence.

Étant donné l'aspect physique très marqué de cette maladie, il n'est pas surprenant que les gens atteints du VIH/sida puissent vouloir envisager les options de l'euthanasie et du suicide assisté afin de pouvoir au moins exercer un contrôle sur les circonstances entourant les derniers stades de la maladie.

La Société canadienne du SIDA a été créée en 1986 et est une coalition nationale d'organismes communautaires qui se sont unis pour lutter contre le VIH et le sida. En 1986, la Société comptait moins de dix membres. Aujourd'hui, nous avons plus de 100 membres représentant des organisations et des projets dans pratiquement toutes les régions du Canada.

Le mandat de la Société est de servir de porte-parole à l'échelon national et d'offrir un forum national visant à susciter une réponse au niveau communautaire à l'infection au VIH et au sida. La Société prend aussi la défense des intérêts des gens atteints du VIH/sida, elle est un centre de ressources sur les questions se rapportant au VIH et au sida pour les organisations membres et elle aide à coordonner la participation des organismes communautaires à une stratégie nationale de lutte contre le VIH et le sida.

À titre d'exemples de notre travail, je mentionnerai la publication d'un document intitulé *Le temps d'agir — Le VIH et le SIDA en milieu de travail au Canada*, ouvrage conçu pour aider les gestionnaires et les employés à faire face au sida en milieu de travail, d'un manuel intitulé *L'homophobie, l'hétérosexisme et le sida*, qui traite de la question des préjugés et des stigmates, et d'un sondage intitulé *Au masculin — 90*, dans le cadre duquel on a fait une enquête sur les connaissances, les attitudes et les comportements des communautés homosexuelles et bisexuelles au Canada dans leurs réactions au VIH/sida; enfin, nous avons aussi publié un ouvrage intitulé *Guide sécurisexe — sexualité, santé et VIH: une ressource pour les éducateurs et les conseillers*, qui a récemment

[Texte]

The society's guiding principle is one of community action. By this we mean we encourage community action and community ownership in efforts to respond to AIDS. We recognize the vast diversity of communities infected and affected by HIV/AIDS. We also recognize the need to promote individual autonomy and personal choice, whether it be decisions involving safer sexual practices or decisions to take or not to take experimental treatments.

We are particularly committed to the personal autonomy and individual dignity of people living with HIV and AIDS. Our principles state that all our work must be guided by and relevant to those among us who live with this disease.

Within this environment that supports and respects the autonomy and individual choice of people living with HIV/AIDS, the society recognizes the importance of end-of-life decisions for people living with HIV and AIDS. Recently, we undertook an eight-week project in an effort to create a dialogue among our members on the issues of euthanasia and assisted suicide. Before I turn to Carol, who will present to you the results of that dialogue, I will touch on the significant aspects of the project we undertook. As I said, today we are representing the result of a specific process, not necessarily a finished product and a final position.

The project took place over eight weeks. It was designed within a very limited time frame and with few financial resources. We have limited staff at the national office to do this kind of work. We do the best and most we can within those limitations.

This project included outreach to our member organizations and associates to elicit information from them on policies, both formal and informal, with regard to euthanasia and assisted suicide. At our annual general meeting in Toronto held last June, we held two workshops that featured a panel of speakers on this issue, as well as an opportunity for group discussion.

The most extensive part of the project involved individual interviews with three groups of people: first, people living with HIV/AIDS; second, people who had been involved with AIDS-related suicide; and, third, persons who expressed a significant interest in euthanasia and assisted suicide.

All of the people interviewed in those first two groups were generated through our member groups. We put out a call for people who were interested in discussing this issue to come forward. Hence, this represents a voluntary response. It is important to mention that all of the interviews were conducted confidentially. We agreed not to disclose the records of those interviews to anyone.

[Translation]

fait l'objet d'une mise à jour et dont la nouvelle édition paraîtra au cours du mois.

Le principe directeur de la Société est l'action communautaire. En cela, nous voulons dire que nous encourageons l'action communautaire et la prise en main au niveau communautaire des efforts visant à combattre le sida. Nous reconnaissons la grande diversité des communautés infectées par le VIH/sida. Nous reconnaissons aussi le besoin de promouvoir l'autonomie individuelle et le choix personnel, peu importe que les décisions portent sur des pratiques sexuelles plus sécuritaires ou le choix de subir ou non un traitement expérimental.

Nous avons pris un engagement particulier sur la question de l'autonomie et de la dignité individuelle des personnes atteintes du VIH ou du sida. Nos principes précisent que tout notre travail doit être guidé par ceux et celles d'entre nous qui vivent avec cette maladie et doit être orienté vers ces personnes.

Dans ce contexte de soutien et de respect de l'autonomie et du choix individuel des gens atteints du VIH/sida, la Société reconnaît l'importance de la décision de mettre fin à ses jours dans le cas des personnes atteintes du VIH ou du sida. Nous avons récemment entrepris un projet de huit semaines visant à amorcer un dialogue parmi nos membres sur les questions de l'euthanasie et du suicide assisté. Avant de céder la parole à Carole, qui vous présentera les conclusions de ce dialogue, je traiterai des aspects importants du projet que nous avons entrepris. Comme je l'ai dit, nous présentons aujourd'hui le résultat d'un processus qui n'est pas forcément un produit fini ni une position définitive.

Le projet s'est déroulé sur une période de huit semaines. Il a été conçu en très peu de temps et avec très peu de ressources financières. Nous disposons d'un personnel limité au bureau national pour effectuer ce genre de travail. Nous faisons le maximum, et du mieux que nous le pouvons, compte tenu de ces limites.

Ce projet comportait un appel à nos organisations membres et affiliées pour obtenir des renseignements de leur part sur les politiques, tant formelles qu'informelles, au sujet de l'euthanasie et du suicide assisté. À notre assemblée générale annuelle qui a eu lieu à Toronto en juin dernier, nous avons tenu deux ateliers où un panel de conférenciers a pu se prononcer sur cette question, suivi d'une discussion de groupe.

La plus grande partie du projet a consisté en entrevues individuelles auprès de trois groupes de personnes: premièrement, des personnes atteintes du VIH/sida; deuxièmement, des personnes qui ont participé à des suicides liés au sida; et, troisièmement, des personnes qui ont exprimé un intérêt marqué à l'égard de la question de l'euthanasie et du suicide assisté.

Toutes les personnes interrogées dans les deux premiers groupes provenaient de nos organisations membres. Nous avons invité les gens intéressés par cette question à prendre contact avec nous. Par conséquent, ce travail est fondé sur une participation volontaire. Il est important de mentionner que toutes les entrevues se sont déroulées de façon confidentielle. Nous avons convenu de ne divulguer à personne les enregistrements de ces entrevues.

[Text]

I would like now Carol to discuss this project and what we learned with the survey and various interviews.

Ms Carol Neron, Canadian AIDS Society: As Russell mentioned, there were two parts to the project. The first part was a survey was conducted with CAS member groups and the results of the annual general meeting workshops. To date, CAS has received responses from only a small number of its member organizations regarding their policies and practices relating to euthanasia and assisted suicide. Several organizations have identified difficulties in addressing this issue. Some organizations have stated they have no official policy on euthanasia and assisted suicide, either by omission or by choice.

A few organizations, ACT among them, and Mr. Stewart spoke about their struggle with this issue, stated that they have chosen to avoid any official policy on this issue for fear of legal ramifications, loss of funding or the potential alienation of clients. Some organizations clarified that their lack of policy does not necessarily reflect practice. In effect, many staff were privately in support of this issue. A few organizations have policies that clearly state they cannot support euthanasia and assisted suicide. Other organizations have chosen to publicly support the right to self-determination with regard to this issue, most notably the British Columbia Persons with AIDS Society.

The workshops offered at the CAS annual general meeting were well attended. Three panellists addressed each workshop. The panellists included: first, a board member from a community-based AIDS organization that is addressing this issue; second, a person living with a disability representing a disability rights advocacy organization; and, third, a lawyer studying this issue at the graduate level.

Many of the participants at the workshops spoke about their involvement as caretakers, partners and friends of persons who had died of AIDS. Several had been involved in AIDS-related suicides. Many spoke of the need for legislation to support aid-in-dying, expressing concerns for safeguards and restrictions. There was a consensus regarding the wide interest in this issue among the CAS membership and the need for the CAS to continue facilitating dialogue in this area.

The second part of the project was the interviews. We interviewed three groups of persons. The first group comprised persons living with HIV and AIDS. Thirteen persons living with HIV and AIDS were interviewed, 12 males and one female. Two of these people had symptoms associated with AIDS, and 11 people were asymptomatic.

[Traduction]

Je voudrais maintenant que Carole parle de ce projet et de ce que nous avons appris au cours de l'enquête et des diverses entrevues.

Mme Carole Neron, Société canadienne du SIDA: Comme l'a mentionné Russell, le projet comprenait deux parties. La première partie consistait en une enquête menée auprès des organismes membres de la SCS et des conclusions des ateliers tenus à l'occasion de l'assemblée générale annuelle. Jusqu'à maintenant, la SCS a reçu des réponses d'un petit nombre seulement d'organisations membres au sujet de leurs politiques et de leurs pratiques en matière d'euthanasie et de suicide assisté. Plusieurs organisations ont éprouvé des difficultés à traiter de cette question. Certaines ont déclaré qu'elles n'avaient pas de politique officielle en matière d'euthanasie et de suicide assisté, soit par omission soit par choix.

Quelques organisations, parmi lesquelles le ACT, dont M. Stewart a évoqué les tiraillements sur cette question, ont affirmé qu'elles avaient choisi d'éviter toute politique officielle à ce sujet par crainte des conséquences juridiques, d'une perte de financement ou de l'aliénation possible de la clientèle. Certaines organisations ont précisé que l'absence de politique ne traduisait pas forcément ce qui se passait en pratique. De fait, de nombreux membres du personnel de ces organisations sont personnellement en faveur de ces choix. Quelques organisations ont adopté des politiques qui énoncent clairement qu'elles ne peuvent appuyer l'euthanasie et le suicide assisté. D'autres ont choisi d'appuyer publiquement le droit à l'autodétermination à cet égard, et plus particulièrement la *British Columbia Persons with AIDS Society*.

Les ateliers tenus à l'occasion de l'assemblée générale annuelle de la SCS ont attiré beaucoup de participants. Trois conférenciers ont pris la parole à chaque atelier. Parmi ces conférenciers, il y avait, premièrement, un membre du conseil d'administration d'un organisme communautaire voué à la cause du sida qui étudie cette question, deuxièmement, une personne handicapée représentant un organisme qui défend les droits des personnes handicapées et, troisièmement, un avocat qui poursuit des études supérieures sur cette question.

De nombreux participants aux ateliers ont parlé de leur participation à titre de pourvoyeurs de soins, de partenaires et d'amis de personnes qui étaient mortes du sida. Plusieurs ont participé à des suicides liés au sida. Un certain nombre ont parlé de la nécessité d'une législation visant à fournir un soutien aux personnes mourantes, en exprimant leurs préoccupations à l'égard des mesures de protection et des restrictions. Un consensus s'est dégagé au sujet de l'intérêt répandu que suscite cette question parmi les organisations membres de la SCS et de la nécessité pour cette dernière de continuer à promouvoir le dialogue dans ce domaine.

La deuxième partie du projet portait sur des entrevues. Nous avons interviewé trois groupes de personnes. Le premier groupe était constitué de personnes atteintes du VIH ou du sida. Treize personnes ont été interviewées dans ce groupe, douze hommes et une femme. Deux de ces personnes avaient des symptômes associés au sida et onze n'en avaient aucun.

[Texte]

Nine persons living with HIV and AIDS stated they would choose assisted suicide as an option for themselves. One person stated he would not consider assisted suicide for himself due to religious reasons. Three people were undecided.

Some of the persons living with HIV and AIDS had not yet made their plans for an assisted suicide, but stated this would occur in the future. Others, including the two people who were symptomatic, had made plans for an assisted suicide. Several persons living with HIV and AIDS had the support of their physicians who agreed to provide them with medication when the time was appropriate. Those persons living with HIV and AIDS who were not able to get help from their physicians, either because they did not ask or they were refused help, had made other arrangements, such as getting drugs off the street or through friends. A few of the interviewees living with HIV and AIDS had prepared a living will or advance directives which clarified their preferences for particular medical decisions.

Several persons living with HIV and AIDS had witnessed friends and/or partners die and were aware of what the end stages of AIDS could be like. They viewed assisted suicide as a way to take some control in the later stages of the disease. Some of the comments included the following:

As I get more ill, there will be many things that happen to my body that I cannot control. I need to be able to control when I die, so that I can die when I still have some dignity.

Another commented:

Controlling my death is my last act of autonomy.

A third commented:

I need to be able to die before the disease takes over my entire body. I don't want to be remembered as a disease, I want to be remembered as "Jim".

Many of the persons living with HIV and AIDS said they would end their lives when their quality of life had severely deteriorated. One person stated that his quality of life would be severely affected when he could no longer take care of his basic needs, or read. Other persons living with HIV and AIDS stated they could not say when they would end their lives, only that they would know when the time was right. Several people acknowledged that in the future they could redefine the appropriate time to end their lives. This had occurred with the two people who were symptomatic.

All of the persons living with HIV and AIDS interviewed supported decriminalization or legalization of assisted suicide, whether or not they would choose this for themselves. Many stated that safeguards should accompany any legal changes.

[Translation]

Neuf personnes atteintes du VIH ou du sida ont affirmé que personnellement, elles choisiraient l'option du suicide assisté. Une personne a indiqué qu'elle n'envisagerait pas le suicide assisté pour des motifs religieux. Trois personnes étaient indécises à cet égard.

Certaines des personnes atteintes du VIH ou du sida n'avaient pas encore fait de projet en vue de commettre un suicide assisté, mais elles ont déclaré qu'elles le feraient dans l'avenir. D'autres, y compris deux personnes qui avaient des symptômes, avaient déjà fait des plans à cet égard. Plusieurs personnes atteintes du VIH ou du sida avaient l'appui de leur médecin, qui avait accepté de leur fournir des médicaments au moment opportun. Les personnes atteintes du VIH ou du sida qui n'avaient pu obtenir l'aide de leur médecin, soit parce qu'elles ne l'avaient pas demandé soit parce qu'on leur avait refusé cette aide, avaient pris d'autres dispositions, par exemple en obtenant des drogues sur la rue ou par l'entremise d'amis. Quelques personnes interrogées atteintes du VIH ou du sida avaient rédigé un testament biologique ou des directives pour préciser leurs préférences à l'égard de certaines décisions médicales.

Plusieurs personnes atteintes du VIH ou du sida avaient assisté à la mort d'amis et/ou de partenaires et étaient conscientes de ce que pouvaient représenter les derniers stades du sida. Elles envisageaient le suicide assisté comme une façon d'exercer un certain contrôle sur les étapes ultimes de la maladie. Parmi les commentaires recueillis, il y avait le suivant:

À mesure que progressera ma maladie, il se produira de nombreuses choses dans mon corps sur lesquelles je ne peux exercer de contrôle. Je dois pouvoir décider du moment de ma mort afin de mourir alors qu'il me reste encore un peu de dignité.

Une autre personne a fait le commentaire suivant:

Le contrôle de ma mort est mon dernier acte d'autonomie.

Une troisième a dit:

Je dois pouvoir mourir avant que la maladie n'envahisse tout mon corps. Je ne veux pas que l'on garde de moi le souvenir d'une maladie, je veux que l'on se rappelle de «Jim».

De nombreuses personnes atteintes du VIH ou du sida ont affirmé qu'elles voulaient mettre fin à leurs jours lorsque leur qualité de vie se sera sérieusement détériorée. Une personne a indiqué que sa qualité de vie sera sérieusement réduite lorsqu'elle ne pourra plus pourvoir à ses besoins essentiels, ou qu'elle ne pourra plus lire. D'autres personnes atteintes du VIH ou du sida ont affirmé qu'elles ne pouvaient savoir quand elles s'enlèveraient la vie, mais seulement qu'elles avaient la certitude qu'elles sauraient quand le moment serait venu. Plusieurs personnes ont reconnu qu'elles pourraient dans l'avenir redéfinir le moment approprié pour mettre fin à leurs jours. Cela s'est produit pour deux personnes qui avaient des symptômes.

Toutes les personnes interrogées atteintes du VIH ou du sida ont appuyé la décriminalisation ou la légalisation du suicide assisté, peu importe qu'elles aient envisagé ou non de faire ce choix pour elles-mêmes. Bon nombre ont déclaré que des mesures

[Text]

Several persons living with HIV and AIDS raised concerns that such a decision not be made out of depression. In this group of interviewees, all but one person stated that their own decision to consider this option was not made at a time when they were depressed.

Many persons living with HIV and AIDS viewed end-of-life decisions as a human rights issue. They felt the current legal situation around assisted suicide was discriminatory. They viewed it as ironic that they could legally take their own lives when healthy, yet when the time came that they were ill and needed help to end their lives, this option was no longer legally available to them.

Most of the persons living with HIV and AIDS thought that assisted suicide need not be something that only a physician could assist with. Many planned to have a friend, partner or family member assist them with their death. They felt that physicians should be available for support, consultation, information and to prescribe medication. Almost all of the persons living with HIV and AIDS stated that anyone with a terminal illness should have access to all end-of-life options, including home care, hospice care, palliative care, euthanasia and assisted suicide.

The second group that we interviewed were those involved in AIDS-related suicides. Eleven people involved in AIDS-related suicides were interviewed. This group was comprised of seven persons living with HIV and AIDS, two physicians, a counsellor and a friend-caretaker of someone who had died of AIDS. They had assisted the people who had died in various ways: by helping them obtain medication; by helping them connect with someone who would assist them to die; by being present at the assisted suicide; by providing moral support; by providing information; and/or, by administering medication to expedite death.

Clearly, assisting in a death was a significant event in their lives. Many stated it was the most difficult thing they had ever done, and a great honour. Ten of the 11 people in this group had no regrets about assisting. One person questioned whether or not he had done the right thing.

Several people in this group stated they were cautious when planning and assisting in a suicide. Fears of a "botched" suicide or legal consequences had been present before, during, and shortly after the suicide. These fears often diminished over time. Several people expressed the isolation they felt at the time of the suicide and thereafter, since they were not able to openly discuss with others their involvement. If more than one person had been present at the time of the suicide, there was often a strong bond formed between those people as a result of their shared experience.

[Traduction]

de contrôle devraient accompagner toute modification de la loi. Plusieurs personnes atteintes du VIH ou du sida se sont dites préoccupées par la possibilité qu'une telle décision soit prise dans un moment de dépression. Dans ce groupe de personnes interrogées, toutes sauf une ont affirmé que leur décision personnelle d'envisager cette option n'avait pas été prise à un moment où elles étaient déprimées.

De nombreuses personnes atteintes du VIH ou du sida considèrent que la décision de mettre fin à ses jours est une question qui relève des droits de la personne. Elles estiment que les dispositions actuelles de la loi en ce qui a trait au suicide assisté sont discriminatoires. Elles jugent ironique le fait qu'elles aient pu légalement s'enlever la vie lorsqu'elles étaient en santé, mais que, maintenant qu'elles sont malades et qu'elles ont besoin d'aide pour mettre fin à leurs jours, cette option ne leur est plus légalement accessible.

La plupart des personnes atteintes du VIH ou du sida estimaient que le suicide assisté ne doit pas forcément se faire avec l'aide d'un médecin. Nombre de ces personnes envisageaient de demander l'aide d'un ami, d'un partenaire ou d'un membre de la famille pour les aider à mourir. Elles estimaient que les médecins devraient être accessibles pour fournir un soutien, des consultations, des renseignements et prescrire des médicaments. Presque toutes les personnes atteintes du VIH ou du sida ont affirmé que tout malade en phase terminale devrait avoir accès à toutes les options, y compris les soins à domicile, les soins d'hospice, les soins palliatifs, l'euthanasie et le suicide assisté.

Le deuxième groupe que nous avons interviewé comprenait des personnes qui avaient participé à des suicides liés au sida. Onze personnes appartenant à ce groupe ont été interviewées. Ce groupe était constitué de sept personnes atteintes du VIH ou du sida, de deux médecins, d'un conseiller et d'un pourvoyeur de soins et ami d'une personne morte du sida. Elles ont aidé à assister de diverses façons les personnes qui sont mortes: en les aidant à obtenir des médicaments, en les aidant à contacter quelqu'un qui les aiderait à mourir, en étant présente lors du suicide assisté, en fournissant un appui moral, en donnant de l'information et/ou en administrant le médicament pour accélérer la mort.

Manifestement, aider quelqu'un à mourir a été un événement marquant dans leur vie. De nombreuses personnes ont déclaré n'avoir jamais rien fait d'aussi difficile et qu'il s'agissait d'un grand honneur. Dix des onze personnes de ce groupe n'avaient aucun regret d'avoir ainsi fourni leur aide. Une personne se demandait si elle avait fait la bonne chose.

Plusieurs personnes au sein de ce groupe ont indiqué qu'elles étaient prudentes au moment de planifier un suicide et d'apporter leur aide. La crainte d'un suicide «raté» ou des conséquences juridiques était présente avant, durant et peu de temps après le suicide. Cette crainte s'était souvent atténuée avec le temps. Plusieurs personnes ont exprimé la sensation d'isolement ressentie au moment du suicide et par la suite, étant donné qu'elles n'étaient pas en mesure de discuter librement avec d'autres de leur participation à cet acte. Si plus d'une personne avait été présente au moment du suicide, des liens souvent étroits s'étaient formés

[Texte]

All of the deaths described were expedited through the administering of medication. In some cases, the drugs were obtained from physicians. In other cases, the drugs were obtained from friends or through underground networks. Four people mentioned the unspoken support of hospice workers during the time of the assisted suicide. For example, the hospice workers would not question why the medication they were dispensing was being used up so quickly.

The interviews produced several similarities between those who had been involved in AIDS-related suicides and the persons living with HIV and AIDS. Both the persons who were living with HIV and AIDS and the persons who had been involved in AIDS-related suicides supported decriminalization or legalization of euthanasia and assisted suicide.

Interviewees in both groups offered suggestions for safeguards to accompany legal changes. These suggestions included the formation of committees to review assisted suicide requests, and the availability of counsellors who would help terminally-ill people review all end-of-life options. The majority of interviewees in both groups voiced concern that this decision not be made out of depression.

The physicians and the counsellor who had assisted in AIDS-related deaths knew the persons they assisted for some time before agreeing to help. These three professionals stated that they approached this subject cautiously with their clients, and agreed to help only if they felt it was the right thing to do, specifically, if the person was not depressed, if he or she had brought up the request repeatedly over a period of time, and, if death was imminent.

As with others who had assisted in suicides, the physicians were not able to openly discuss their participation with colleagues. This compounded the difficulty they experienced assisting a patient in this manner.

The third group we interviewed was persons with an interest in assisted suicide and euthanasia. Nine other people with an interest in this area were interviewed. This group included a counsellor, the partner of a person living with HIV, a person with disabilities, bioethics experts, a nurse, a physician, and a volunteer working in palliative care.

Two people in this group were in favour of decriminalization or legalization of assisted suicide. Five people were against changes in the law. Two people were undecided.

[Translation]

en raison de l'expérience commune vécue par les personnes concernées.

Tous les décès décrits ont été provoqués par l'administration d'un médicament. Dans certains cas, les drogues ont été fournies par des médecins. Dans d'autres, elles ont été obtenues auprès d'amis, ou dans des réseaux clandestins. Quatre personnes ont mentionné le soutien discret qu'elles avaient reçu de travailleurs d'hospice au moment du suicide assisté. Ceux-ci, par exemple, ne cherchaient pas à savoir pourquoi le médicament qu'ils dispensaient était consommé si rapidement.

Les interviews ont fait ressortir plusieurs similitudes entre les personnes qui avaient participé à des suicides liés au sida et les personnes atteintes du VIH ou du sida. Tant les personnes atteintes du VIH ou du sida que celles ayant participé à des suicides liés au sida appuyaient la décriminalisation ou la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté.

Les personnes interrogées dans les deux groupes ont présenté des suggestions relativement aux mesures de précaution qui devraient accompagner les modifications législatives. Ces suggestions comprennent la formation de comités pour examiner les demandes de suicide assisté et l'accessibilité à des conseillers qui aideraient les malades en phase terminale à examiner toutes les options de fin de vie s'offrant à elles. La majorité des personnes interviewées dans les deux groupes se sont dites préoccupées par la possibilité que cette décision soit prise dans un moment de dépression.

Les médecins et le conseiller qui avaient aidé des personnes atteintes du sida à mourir connaissaient ces personnes depuis déjà quelque temps lorsqu'elles ont accepté de les aider. Ces trois professionnels ont déclaré qu'ils avaient abordé cette question prudemment avec leurs clients et qu'ils avaient accepté de leur venir en aide uniquement s'ils sentaient que c'était la bonne chose à faire, particulièrement si la personne n'était pas déprimée, si elle avait réitéré sa demande à plusieurs reprises sur une certaine période de temps et si le décès était éminent.

Comme dans le cas des autres personnes qui avaient aidé quelqu'un à se suicider, les médecins n'étaient pas en mesure de discuter librement de leur participation à cet acte avec leurs collègues. Cela accentuait la difficulté éprouvée à aider ainsi un patient.

Le troisième groupe que nous avons interviewé était constitué de personnes qui avaient manifesté un intérêt à l'égard de la question du suicide assisté et de l'euthanasie. Neuf autres personnes ayant exprimé leur intérêt à ce sujet ont été interviewées. Ce groupe comprenait un conseiller, le partenaire d'une personne infectée par le VIH, une personne handicapée, des spécialistes en bioéthique, une infirmière, un médecin et un travailleur volontaire dans le domaine des soins palliatifs.

Deux personnes de ce groupe étaient en faveur de la décriminalisation ou de la légalisation du suicide assisté. Cinq personnes étaient opposées à toute modification à la loi. Deux personnes étaient indécises.

[Text]

Those who were against assisted suicide raised concerns about how society cares for those who are ill. They suggested that rather than support assisted suicide, we need to increase and improve palliative care services and community-based methods of caring for the ill and the elderly. Those in the area of palliative care expressed concern that people may make the decision to end their lives because they believe that no one cares for them or that they are a burden to others. All of them stated that they had seen people change their minds about suicide after having been convinced that they were cared for and were not a burden.

Those who were against assisted suicide voiced concerns that Canadians could fall into the slippery-slope trap if assisted suicide were legalized. Another concern raised was the threat and justification of palliative care cutbacks if assisted suicide were legalized.

The two people in this group who supported assisted suicide stated that all end-of-life options should be accessible to the terminally ill. As with others who supported this option, the concern was raised that a person should not be in a depressed state when he or she makes this decision, and they suggested, for those who are considering this option, that a mental health assessment be sought.

It is clear from the results of this project that assisted suicide is occurring in the AIDS population, although the frequency is not known. Whether or not it is legal, many of those who want an assisted suicide will find a way to make it happen. There have been consequences to not legalizing this option. Those who have assisted spoke about the isolation they felt regarding their experience and the secrecy surrounding it. Many had not been able to share their important experience with friends. The issue of legal risks and the fear of botching the suicide also exist.

Although none of those interviewed participated in a botched suicide, they knew of other suicides that had been botched. In his study, entitled *Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*, Russel Ogden interviewed 17 people who had assisted in suicides. Some of his interviewees had participated in botched suicides, the result of outdated drugs or improper information. These deaths became prolonged and some resulted in undue suffering for those who died.

Despite these consequences, most of those interviewed in this project felt they had made the right choice by assisting someone to die, and they felt they would do it again under the right circumstances. Consistently evident in these interviews was the compassion they felt for those they had assisted, and the courage needed to assist in these circumstances.

[Traduction]

Les personnes qui étaient opposées au suicide assisté ont fait valoir leurs préoccupations au sujet de la façon dont la société pourvoit aux soins des personnes malades. Elles ont fait valoir que plutôt que d'appuyer le suicide assisté, nous devrions accroître et améliorer les services de soins palliatifs et les méthodes de soins accessibles au niveau communautaire aux malades et aux personnes âgées. Les personnes évoluant dans le domaine des soins palliatifs se sont dites préoccupées que des gens puissent prendre la décision de mettre fin à leurs jours parce qu'elles croient que personne ne se soucie d'elles ou qu'elles constituent un fardeau pour les autres. Toutes ont affirmé qu'elles avaient vu des gens changer d'idée au sujet du suicide après avoir été convaincues que quelqu'un se souciait d'elles et qu'elles ne constituaient pas un fardeau.

Celles qui étaient opposées au suicide assisté se sont dites préoccupées par la possibilité que les Canadiens puissent se retrouver sur une pente dangereuse si le suicide assisté était légalisé. Une autre préoccupation soulevée avait trait à la menace et à la justification de coupures au niveau des soins palliatifs si on légalisait le suicide assisté.

Les deux personnes appartenant à ce groupe qui étaient en faveur du suicide assisté ont déclaré que les options de fin de vie devaient être accessibles aux malades en phase terminale. À l'instar des autres personnes qui appuyaient cette option, elles se sont dites préoccupées qu'une personne puisse prendre une telle décision alors qu'elle est dans un état de dépression et elles ont recommandé que l'on fasse subir une évaluation de santé mentale aux personnes qui envisagent cette option.

Il ressort clairement des résultats de ce projet qu'il y a des suicides assistés dans le groupe des sidéens, bien que l'on n'en connaisse pas la fréquence. Que cette pratique soit ou non légale, bon nombre des personnes qui souhaitent commettre un suicide assisté trouveront le moyen de réaliser leur projet. Le fait de ne pas légaliser cette option a eu des conséquences. Les personnes qui ont fourni de l'aide ont parlé de l'isolement qu'elles ont ressenti au sujet de leur expérience et du secret qui l'a entourée. Nombre d'entre elles n'ont pas été en mesure de partager cette expérience marquante avec des amis. Il y a aussi la question des risques juridiques et la crainte de rater le suicide.

Bien qu'aucune des personnes interviewées n'ait participé à un suicide raté, elles étaient au courant qu'il y avait eu des suicides manqués. Dans son étude intitulée *Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*, Russel Ogden a interviewé dix-sept personnes qui avaient aidé un malade à se suicider. Certaines des personnes interviewées avaient participé à des suicides manqués, attribuables à des médicaments périmés ou à de mauvais renseignements. Ces décès s'étaient prolongés et certains avaient entraîné des souffrances inutiles.

En dépit de ces conséquences, la plupart des personnes interviewées dans le cadre de ce projet étaient d'avis qu'elles avaient fait le bon choix en aidant quelqu'un à mourir et estimaient qu'elles feraient la même chose dans des circonstances appropriées. Ces interviews ont aussi fait ressortir de façon systématique la compassion ressentie à l'égard des personnes à

[Texte]

Within the persons-living-with-HIV-and-AIDS group and the group that had been involved in AIDS-related deaths, the term "assisted suicide", rather than euthanasia, was consistently used by the interviewees to describe experiences in assisting with deaths and future planned deaths. Assisted suicide appeared to imply aiding in a planned death either actively or passively.

Especially significant in the results of this project is the marked difference in support for legal changes between the first two groups interviewed and the third. All the persons in the living-with-HIV-and-AIDS group and the group that had been involved in AIDS-related suicide supported decriminalization or legalization of assisted suicide. Several of the people who had been involved in AIDS-related deaths were persons living with HIV and AIDS themselves. However, only two of the nine in the group with an interest in this issue were supportive of legal changes. Unfortunately, given the limitations of this project, we were unable to probe this difference to determine its full significance.

Some of those opposed to assisted suicide, in particular, those working in palliative care, offered the insight that people facing death may make a decision to take their lives because they feel that others do not care for them, or because they feel they have become a burden to others as a result of their illness. This did not appear to be the case with the persons living with HIV and AIDS interviewed in this project. All but one of the persons living with HIV and AIDS appeared satisfied with their support system, and had a partner, friends and/or family to support them through the latter stages of their illness. The findings were similar to Mr. Ogden's study wherein 78 per cent of the persons he interviewed who were living with HIV and AIDS were satisfied with their support system.

People in the end stages of terminal illness may be in different situations: some may have support; some may not. Some may choose to have an assisted suicide; others may not.

Rather than look at end-of-life decisions as an either/or situation, perhaps as a society we need to move toward expanding and improving all options and making them accessible to everyone.

Mr. Armstrong: Madam Chairman, it is clear that within the AIDS movement the discussion of euthanasia and assisted suicide has been very emotional and has touched on some profound moral questions. Repeatedly, in our efforts to combat this disease, we are faced with many difficult issues. This project represents the Canadian AIDS Society's efforts to begin a national dialogue on euthanasia and assisted suicide among its membership.

[Translation]

qui l'on vient en aide et le courage requis dans de telles circonstances.

Dans le groupe des personnes atteintes du VIH ou du sida et celui des personnes ayant participé à des décès liés au sida, l'expression «suicide assisté», plutôt qu'euthanasie, était constamment utilisée par les personnes interrogées pour décrire les expériences d'aide aux décès et de décès futurs planifiés. Le suicide assisté semblait vouloir dire que l'on intervenait pour aider à planifier un décès soit activement soit passivement.

Un des résultats particulièrement significatifs qui ressort de ce projet est la différence marquée dans l'appui exprimé à l'égard des modifications législatives entre les deux premiers groupes interviewés et le troisième. Le groupe des personnes atteintes du VIH ou du sida et de celles qui avaient participé à un suicide lié au sida appuyait la décriminalisation ou la légalisation du suicide assisté. Plusieurs des personnes qui avaient participé à des décès liés au sida étaient des personnes atteintes elles-mêmes du VIH ou du sida. Cependant, dans le groupe des personnes intéressées par cette question, seulement deux sur neuf étaient en faveur de modifications législatives. Malheureusement, compte tenu des limites du projet, nous avons été incapables d'analyser cette différence afin d'en déterminer toute la portée.

Certaines des personnes opposées au suicide assisté, notamment celles qui travaillent dans le domaine des soins palliatifs, ont offert comme explication que les gens qui font face à la mort peuvent prendre la décision de s'enlever la vie parce qu'elles ressentent que les autres ne se soucient pas d'elles ou parce qu'elles ont l'impression d'être devenues un fardeau pour les autres en raison de leur maladie. Cela ne semblait pas être le cas des personnes atteintes du VIH ou du sida qui ont été interviewées dans le cadre du projet. Mais toutes les personnes atteintes du VIH ou du sida sauf une semblaient satisfaites de leur réseau d'entraide, et elles avaient un partenaire, des amis et/ou des parents pour les soutenir durant les derniers stades de la maladie. Ces constatations sont semblables à celles qui ressortent de l'étude de M. Ogden, où 78 p. 100 des personnes interviewées atteintes du VIH ou du sida étaient satisfaites de leur réseau d'entraide.

Les personnes qui en sont au stade terminal d'une maladie peuvent se trouver dans des situations différentes: certaines peuvent avoir un soutien, tandis que d'autres n'en ont pas. Certaines peuvent choisir le suicide assisté, d'autres pas.

Plutôt que d'examiner les décisions de fin de vie comme étant une situation de choix exclusif, la société a peut-être besoin d'évoluer vers un élargissement et une amélioration de toutes les options en visant à rendre celles-ci accessibles à tous.

M. Armstrong: Madame la présidente, il est clair qu'au sein du mouvement d'aide aux sidéens, le débat sur l'euthanasie et le suicide assisté est devenu très émotif et a soulevé certaines questions morales très profondes. Dans nos efforts pour combattre cette maladie, nous devons constamment faire face à de nombreuses questions difficiles. Ce projet représente un effort de la part de la Société canadienne du SIDA pour amorcer un dialogue national sur l'euthanasie et le suicide assisté parmi ses membres.

[Text]

We acknowledge that the sample we interviewed is small and clearly more research is needed on this issue.

At our recent annual meeting, the membership of the society expressed high interest in continuing the dialogue on euthanasia and assisted suicide. In response to that, the society is committed at this point to facilitating this dialogue on a national level, as we work over the next two months toward an official position on this issue.

The Chairman: Thank you, Mr. Armstrong and Ms Neron.

Senator Lavoie-Roux: On page 4 of your brief you state:

Many spoke of the need for legislation to support aid-in-dying, expressing concerns for safeguards and restrictions.

You make a similar statement somewhere else in your brief. Did these people define any of those safeguards and restrictions, or did they just say that they should be there because of the danger of abuse? Can you elaborate on that?

Ms Neron: I can elaborate on it to some extent. It really varied, depending on to whom I spoke. Some people simply put that statement out and did not define it.

One suggestion, which came up rather frequently, was the availability of aid-in-dying counsellors to help persons explore all of the options available to them as they approach the end of their life, in an effort to make the best decision possible. Another suggestion was that we establish committees to look at aid-in-dying applications, committees comprised of persons who have HIV or other terminal illnesses. Others did not agree with that suggestion because they feel it is a very personal issue. They asked, "What happens if my application is turned down?"

All kinds of suggestions came forward.

Senator Lavoie-Roux: Did they have an objective in mind, in wanting to set up safeguards?

Ms Neron: I think there were some concerns in terms of abuse; others said they were not concerned with abuse, that we have abuse of all the laws as they exist today. They felt that if we decriminalize or legalize this action, then perhaps initially we will need some safeguards in place.

Senator DeWare: On page 5 you state:

Many PLWHIV/AIDS viewed end-of-life decisions as a human rights issue...They found it ironic that they could legally take their own lives when healthy...

[Traduction]

Nous reconnaissons que l'échantillon de personnes que nous avons interviewées est restreint et que, manifestement, d'autres recherches s'imposent sur cette question.

Lors de notre récente assemblée annuelle, les membres de la Société ont exprimé un vif intérêt à ce que le dialogue sur l'euthanasie et le suicide assisté se poursuive. En réponse à cette expression d'intérêt, la Société s'est engagée à ce stade à faciliter un tel dialogue au niveau national et nous travaillerons au cours des deux prochains mois à élaborer une position officielle sur cette question.

La présidente: Monsieur Armstrong et madame Neron, je vous remercie.

Le sénateur Lavoie-Roux: À la page 4 de votre mémoire vous affirmez:

De nombreuses personnes ont parlé du besoin d'adopter une législation favorable à l'aide aux mourants, en exprimant leurs préoccupations au sujet des mesures de protection et de restrictions.

Vous avez fait une déclaration semblable ailleurs dans votre mémoire. Est-ce que ces personnes définissent ces mesures de protection et ces restrictions ou disent-elles tout simplement qu'il devrait y en avoir à cause du risque d'abus? Pouvez-vous nous donner plus de détails à ce sujet?

Mme Neron: Je peux vous donner quelques renseignements supplémentaires. Les réponses variaient en réalité selon les personnes à qui j'ai parlé. Certaines personnes faisaient tout simplement cette affirmation sans la définir.

Une proposition qui est revenue assez fréquemment avait trait à la disponibilité de conseillers pouvant assister des personnes mourantes à examiner toutes les options qui s'offrent à elles au moment où elles arrivent à la fin de leur vie, dans un effort visant à leur faire prendre la meilleure décision possible. Une autre proposition était que nous établissions des comités pour examiner les demandes d'aide aux mourants, comités qui seraient composés de personnes atteintes du VIH ou d'une autre maladie terminale. D'autres n'étaient pas d'accord avec cette proposition parce qu'ils estimaient qu'il s'agissait là d'une question très personnelle. Ils posaient la question suivante: «Qu'arrive-t-il si ma demande est rejetée?»

Toutes sortes de suggestions ont été faites.

Le sénateur Lavoie-Roux: Avaient-ils un objectif en tête, en voulant établir des mesures de protection?

Mme Neron: Je pense qu'ils avaient certaines préoccupations au sujet des risques d'abus; d'autres ont affirmé qu'ils n'étaient pas préoccupés à cet égard, que l'on abuse de toutes les lois telles que nous les connaissons aujourd'hui. Ils étaient d'avis que si nous décriminalisons ou légalisons cet acte, peut-être faudrait-il alors au début mettre en place certaines mesures de protection.

Le sénateur DeWare: À la page 5 de votre mémoire, vous affirmez:

De nombreuses personnes atteintes du VIH/sida considéraient que les décisions relatives à la fin de la vie relèvent des droits de la personne... Elles estiment qu'il est ironique que

[Texte]

Suicide is not legal. You cannot prosecute someone after they are dead. It is not an acceptable thing for people to do in this country. I am not a lawyer, but I do not think you can say that it is legal for us to commit suicide. You state that it is not legal when someone is ill and needs help to commit suicide.

Is there a lawyer with your group?

Mr. Armstrong: No, but I can say that that is a fair criticism. You are right. I looked over the Criminal Code before I came here this afternoon. It is slightly misstated there. Obviously what is meant is a healthy individual can commit suicide without legal consequences, but a disabled person cannot do that. The effect of that is discriminatory.

Senator DeWare: What happens if there is a change in the law for reasons of compassion, for example, and the medical society refuses to participate in assisted suicide because as far as they are concerned it is something that is illegal?

Mr. Armstrong: That is an interesting issue. We can resolve some of these complex questions by looking for analogies. You could ask the same question about abortion. We have a situation where abortion is *de facto* permitted, although it is not legislated.

What do we do with physicians who say, "Because of my moral conscience or religious beliefs, I cannot perform this medical service?" First, it is an issue for the College of Physicians and Surgeons and the Canadian Medical Association to address.

There are physicians, especially in the situation of HIV/AIDS, who support assisted death. We know from anecdotal evidence that physicians have been assisting people to end their lives. If we legalize euthanasia, even though we may have physicians refuse, based on ethical principles, you will find one who will assist you, and you will probably find people who will assist you to find that individual.

The Chairman: I want to remind you of the time because we are under time constraints.

Senator Corbin: I should like to ask about a favourite theme of mine in terms of palliative care, hospital care, or home care. From what I have heard from the two groups this afternoon, that is one area where much more could be done. Not only from listening, but also from re-reading parts of your brief, it appears that that would be an alternative to euthanasia or assisted suicide for many people.

Can you react to that?

[Translation]

l'on puisse légalement mettre fin à ses jours lorsqu'on est en santé...

Le suicide n'est pas légal. Vous ne pouvez poursuivre une personne après sa mort. Ce n'est pas un geste considéré acceptable dans ce pays. Je ne suis pas avocat, mais je ne pense pas que vous puissiez dire qu'il est légal de se suicider. Vous affirmez qu'il n'est pas légal qu'une personne malade soit obligée de demander de l'aide pour se suicider.

Y a-t-il un avocat au sein de votre groupe?

M. Armstrong: Non, mais je peux dire qu'il s'agit là d'une critique juste. Vous avez raison. J'ai consulté le Code criminel avant de me présenter ici cet après-midi. Le texte est quelque peu erroné sur ce point. Manifestement, ce que nous voulons dire est qu'une personne en santé peut commettre un suicide sans conséquence juridique mais qu'une personne handicapée ne peut le faire. L'effet qui en résulte est discriminatoire.

Le sénateur DeWare: Qu'arrive-t-il si l'on modifie la loi pour des raisons de compassion, par exemple, et que la communauté médicale refuse de participer à des suicides assistés parce que, en ce qui les concerne, il s'agit d'un geste illégal?

M. Armstrong: C'est là une question intéressante. Nous pouvons résoudre certaines questions complexes en faisant appel à des analogies. Vous pouvez poser la même question au sujet de l'avortement. Nous avons une situation où l'avortement est permis dans les faits bien que cela n'ait pas été légiféré.

Que faisons-nous des médecins qui déclarent: «En raison de mes convictions morales ou de mes croyances religieuses, je ne peux offrir ce service médical?» C'est d'abord une question sur laquelle doivent se pencher le Collège des médecins et chirurgiens et l'Association médicale canadienne.

Certains médecins, notamment dans les cas où le malade est atteint du VIH/sida, sont en faveur d'une mort assistée. Nous avons appris, par des informations anecdotiques, que des médecins ont aidé des gens à mettre fin à leurs jours. Si l'euthanasie est légalisée, même s'il y a des médecins qui refusent d'y participer en raison de leurs principes moraux, il sera toujours possible de trouver quelqu'un qui pourra vous aider ou, probablement, de trouver des gens qui pourront vous aider à trouver cette personne.

La présidente: Je vous rappelle que le temps nous presse.

Le sénateur Corbin: Je voudrais vous interroger sur l'un de mes thèmes favori en rapport avec les soins palliatifs, les soins hospitaliers et les soins à domicile. De ce que j'ai entendu des deux groupes qui sont comparus cet après-midi, c'est là un domaine où l'on pourrait faire beaucoup plus. Non seulement à vous écouter, mais à la relecture de certains passages de votre mémoire, il semble que cela pourrait constituer une solution de rechange à l'euthanasie ou au suicide assisté pour bon nombre de gens.

Pouvez-vous réagir à cela?

[Text]

Mr. Armstrong: The answer to that is in the brief. I recognize that this is an issue. As someone working in the HIV/AIDS area, I can say that we need to do a lot more with respect to palliative care services. As a society, it is something we are still learning about and trying to improve upon. We are improving palliative care, but we have a long way to go before everyone who is terminally ill will feel adequately cared for.

Despite that, if you look at the results of our limited sample, along with the quotes from Russel Ogden's study, it is clear to us that the vast majority of people living with HIV and AIDS who make this decision and have made this decision do so in the context of saying that their support systems are perfectly adequate. You cannot generalize and say that this is a substitute for inadequate palliative care services. The experience of this issue is that it is not.

Senator Corbin: But that is a factor, though.

Mr. Armstrong: Not according to the majority of people who live with AIDS that responded to this issue, who have either planned their death or have assisted people to die in this manner. They say that it was not a factor and that the support system and care services were adequate.

Senator Corbin: What proportion of people are we talking about, generally speaking; that is, not so much on the basis of the information gathered?

Mr. Armstrong: It is difficult to know. Our only Canadian study which is sound is Russel Ogden's work where he says 78 per cent. I should expand on this a bit more.

Clearly, as you see in our brief, there is a collision between what people with HIV are saying and what people who have assisted in deaths and palliative care professionals are saying. Palliative care professionals are saying that inadequate care or the feeling of being a burden or unloved, or whatever, is a significant contributing factor to someone's decision to consider suicide as a way out of the dilemma.

This shows that our research is very incomplete. We have no way of knowing whether the 78 per cent figure in Russel Ogden's study of the people with AIDS and the people who have assisted them are the same people that the palliative care specialists are talking about. We need more information before we can make a significant observation on whether quality of care or inadequate care is a significant contributing factor, a contributing factor, or not relevant. We need to determine who is using what kind of service, who are the professionals, and what are the observations based on?

[Traduction]

M. Armstrong: La réponse à cette question se trouve dans le mémoire. Je reconnais que cela soulève une question. En tant que personne travaillant auprès de personnes atteintes du VIH/sida, je peux dire que nous avons besoin de beaucoup plus de services de soins palliatifs. En tant que société, c'est un domaine où nous apprenons encore des choses et où nous tentons d'apporter des améliorations. Nous améliorons les soins palliatifs mais nous avons un long chemin à faire avant que tous les malades en phase terminale puissent se sentir adéquatement soignés.

En dépit de cela, si vous examinez les résultats de notre échantillonnage restreint, de même que les citations tirées de l'étude de Russel Ogden, il est clair selon nous que la grande majorité des gens atteints du VIH ou du sida qui prennent une telle décision la prennent dans un contexte où ils affirment que leur réseau d'entraide est tout à fait adéquat. Vous ne pouvez généraliser et affirmer qu'il s'agit d'une solution de rechange à des services de soins palliatifs inadéquats. L'expérience révèle que ce n'est pas le cas.

Le sénateur Corbin: Mais c'est tout de même un facteur.

M. Armstrong: Non selon la majorité des personnes atteintes du sida qui ont répondu à la question et qui ont soit planifié leur mort soit aidé des gens à mourir de cette façon. Ils affirment qu'il ne s'agissait pas d'un facteur et que le réseau d'entraide et les services de soins étaient adéquats.

Le sénateur Corbin: De quel pourcentage des gens parlons-nous, de façon générale; autrement dit, non seulement sur la base des renseignements que vous avez recueillis?

M. Armstrong: Il est difficile de savoir. La seule étude canadienne qui soit fondée sur des bases solides est celle de Russel Ogden qui affirme que la proportion est de 78 p. 100. Laissez-moi entrer ici un peu dans les détails.

Manifestement, comme vous le pouvez le constater dans notre mémoire, il y a une divergence entre ce que les personnes atteintes du sida affirment et ce que disent les personnes qui en ont aidé d'autres à mourir et les professionnels qui dispensent des soins palliatifs. Les professionnels qui dispensent des soins palliatifs affirment que des soins inadéquats ou le sentiment d'être un fardeau ou de ne pas être aimé, ou une autre raison semblable, est un facteur contributif dans la décision d'une personne d'envisager le suicide pour résoudre le dilemme.

Cela montre que notre recherche est très incomplète. Nous n'avons aucune façon de savoir si le chiffre de 78 p. 100 présenté dans l'étude de Russel Ogden au sujet des sidéens et des personnes qui les ont aidés correspondent aux mêmes personnes que celles dont parlent les spécialistes des soins palliatifs. Nous avons besoin de plus de renseignements avant de pouvoir faire une observation significative sur le fait que la qualité des soins ou leur caractère inadéquat est un facteur contributif important, un facteur contributif parmi d'autres, ou si cela n'intervient aucunement. Nous devons déterminer qui utilise quel genre de services, qui sont les professionnels et ce sur quoi les observations sont fondées.

[Texte]

Senator Keon: I do not think one can argue in a reasonable way that it is proper to take someone's autonomy away from them. Surely that is a human right and privilege.

As I hear testimony from both sides of this issue, what concerns me is the preoccupation with getting a third party involved. If one is serious about wanting to end their life at some point in time, there are many painless ways of doing that without involving a third party.

The argument that seems to be unfolding is that what people are really looking for is a slick, easy way out; in other words, a shot that is totally painless, and so on, as opposed to having to take oral medication, or something like that.

On the one hand, the worry of involving a third party is that if the individual who is committing suicide really wanted to do it he probably would do it himself. As you listen to people talk about this, there seems to be a tremendous ambivalence about whether or not they want to commit suicide on any given day. They want the help of someone to make the decision for them. On the other side of the coin, unless the laws become very specific, that third party will live on to be judged. If he did not assist suicide he assisted homicide, which is a serious situation for the third party.

I agree that the medical and health care professions have been too reluctant to sedate adequately and relieve pain in terminal patients with AIDS, cancer, or whatever. There should be more liberal use of analgesics and sedatives for these people. They should be able to take whatever they like; it should be at their bedside. Coming out of these meetings some recommendations along those lines might unfold. Taking that extra step worries me a lot. I am looking forward to hearing more from other people.

The Chairman: Thank you very much.

We will now hear some testimony *in camera*.

The committee continued *in camera*.

The committee resumed at 7:30 p.m.

The Chairman: Honourable senators, our first witnesses this evening are from the Hospice of All Saints, Ms Barbara O'Connor and Dr. Emily Gear. Will you both be making a presentation?

Ms Barbara O'Connor, Executive Director of the Hospice of All Saints, Ottawa: I will make the initial presentation and we will both respond to questions.

The Chairman: Fine. Thank you. Please go ahead.

Ms O'Connor: Good evening, senators. I am a registered nurse and the Executive Director of the Hospice of All Saints in Ottawa. With me today is Dr. Emily Gear, medical consultant to the Hospice of All Saints. The hospice is a community-based program which offers practical help, advocacy and support to

[Translation]

Le sénateur Keon: Je ne pense pas que l'on puisse faire valoir raisonnablement qu'il est approprié de priver quelqu'un de son autonomie. Sûrement, c'est là une question de droits de la personne et de privilège.

Alors que j'entends des témoins se prononcer des deux côtés de cette question, ce qui me préoccupe est l'insistance à faire participer une autre personne. Si l'on envisage sérieusement de mettre fin à ses jours à un moment donné, il y a de nombreuses façons de le faire sans douleur et sans y faire participer quelqu'un d'autre.

L'argument que l'on semble présenter est que les gens recherchent en réalité une solution de facilité; en d'autres termes, une injection tout à fait indolore, etc., plutôt que d'avoir à prendre oralement un médicament ou quelque chose du genre.

Par ailleurs, la crainte qui entoure la participation d'une autre personne est que si la personne qui se suicide voulait réellement le faire, elle le ferait probablement elle-même. À écouter les gens parler de cela, il semble y avoir une ambivalence considérable quant à la volonté réelle de ces personnes de se suicider ou non à un moment particulier. Elles veulent l'aide d'une autre personne pour que celle-ci prenne la décision à leur place. Par ailleurs, à moins que les lois ne soient très précises, cette autre personne s'exposera à être traduite en justice. Si elle n'a pas aidé au suicide, elle y a assisté, ce qui est une situation grave pour cette personne.

Je reconnais que les professions médicales et infirmières ont été trop réticentes à assurer une sédation adéquate et à soulager la douleur des patients en phase terminale qui sont atteints du sida, du cancer ou d'une autre maladie. On devrait pouvoir utiliser plus librement les analgésiques et les sédatifs dans le cas de ces personnes. Elles devraient pouvoir en consommer comme elles le veulent; elles devraient en avoir à leur chevet. Au terme de ces délibérations, certaines recommandations en ce sens pourraient être formulées. Franchir cette étape supplémentaire me préoccupe beaucoup. Je voudrais entendre d'autres personnes se prononcer sur la question.

La présidente: Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant certains témoignages à huis clos.

Le comité poursuit ses délibérations à huis clos.

Le comité reprend ses travaux à 19 h 30.

La présidente: Honorables sénateurs, nos premiers témoins ce soir proviennent de l'*Hospice of All Saints*, Mme Barbara O'Connor et Mme Emily Gear, médecin. Est-ce que vous ferez toutes les deux un exposé?

Mme Barbara O'Connor, directrice exécutive de l'Hospice of All Saints, d'Ottawa: Je ferai d'abord un exposé et nous répondrons toutes les deux aux questions.

La présidente: C'est bien. Je vous remercie. Vous avez la parole.

Mme O'Connor: Bonsoir, sénateurs. Je suis infirmière et directrice exécutive de l'*Hospice of All Saints* à Ottawa. Mme Emily Gear, médecin et consultante médicale à l'*Hospice of All Saints*, m'accompagne ici ce soir. L'hospice est un programme communautaire qui offre de l'aide pratique, qui défend les intérêts

[Text]

people who are living with a terminal illness. We work with other like-minded agencies to make palliative care available to all who are in need of it and who wish to access it in the Ottawa-Carleton region.

The Hospice of All Saints does not support legalizing euthanasia. It seeks to find better ways of caring for the dying.

The hospice movement began in England in the 1960s, and this idea of finding better ways to provide care for the dying came to Canada in 1975. Since that time, many individuals and groups have become part of this movement which has brought comfort to people who might otherwise suffer from intolerable pain and distress.

Palliative care is active, compassionate care directed towards improving the quality of life for the dying and their families. The primary aim is to relieve suffering: physical, emotional and spiritual. It tries to enable patients to live as fully as possible within the constraints of their disease, and to die as comfortably as possible when that time comes. It seeks neither to hasten nor to postpone death. Withholding or withdrawing of life-prolonging treatments can be appropriate in palliative care, particularly when such treatments are considered futile. The patient and family are supported, guided and accompanied as the life of a patient comes to a close.

Good full palliative care services are not available to all, and they do not exist everywhere in Canada. Only Nova Scotia, Ontario and Saskatchewan have policy statements on palliative care. Medical schools do not usually offer courses in palliative care. And, where hospice and palliative care services do exist, funding is often not available to keep them operating to the extent needed.

There are no requirements that hospitals and communities provide palliative care to people who are terminally ill. Members of the public are not always aware of palliative care and what it can provide, and many health care professionals are not educated in the principles of good palliative and hospice care.

In 1989, the Department of National Health and Welfare published a very good document entitled *Palliative Care Services Guidelines*. There is very little government funding for palliative care anywhere in Canada, and there are no recognized standards. Palliative care, as outlined in these guidelines, does not exist everywhere and the choice of palliative care is not offered to everyone who is dying.

The question then is: Should we be considering the legalization of euthanasia when the alternative of good palliative care has not been fully explored and made available to all?

[Traduction]

des personnes atteintes d'une maladie terminale et qui leur offrent un soutien. Nous travaillons avec d'autres organismes qui visent les mêmes buts pour rendre les soins palliatifs accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin et qui souhaitent y avoir accès dans la région d'Ottawa-Carleton.

L'Hospice of All Saints n'est pas en faveur de la légalisation de l'euthanasie. Elle recherche de meilleures façons d'offrir des soins aux personnes mourantes.

Le mouvement des hospices a débuté en Angleterre dans les années 60 et l'idée de trouver de meilleures façons d'offrir des soins aux personnes mourantes est apparu au Canada en 1975. Depuis, de nombreuses personnes et de nombreux groupes se sont joints à ce mouvement qui a apporté le confort à des personnes qui, autrement, auraient pu éprouver une douleur et une détresse intolérables.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, de soutien, qui visent à améliorer la qualité de vie des personnes mourantes et de leur famille. Le premier but visé est de soulager la douleur: physique, émotionnelle et spirituelle. Par cette intervention, on tente de permettre aux patients de vivre aussi pleinement que possible à l'intérieur des contraintes imposées par leur maladie et de mourir aussi confortablement que possible le moment venu. On ne cherche ni à précipiter ni à retarder la mort. L'abstention ou le retrait de traitement permettant de prolonger la vie peut être approprié dans le cadre des soins palliatifs, notamment lorsque le traitement est jugé inutile. Le patient et la famille reçoivent un soutien; ils sont encadrés et accompagnés lorsque la vie du patient arrive à son terme.

Des services de soins palliatifs de bonne qualité et complets ne sont pas accessibles à tous et ne sont pas offerts partout au Canada. Seule la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la Saskatchewan ont des politiques déclarées en matière de soins palliatifs. Les écoles de médecine n'offrent habituellement pas de cours en soins palliatifs. Et, lorsque des services d'hospice et de soins palliatifs sont offerts, le financement n'est souvent pas disponible pour en assurer le fonctionnement dans la mesure requise.

Les hôpitaux et les communautés ne sont aucunement tenus d'offrir des soins palliatifs aux malades en phase terminale. Le public en général n'est pas toujours informé des soins palliatifs et de ce qu'ils peuvent procurer, et de nombreux professionnels de la santé n'ont pas été renseignés sur les principes qui animent de bons soins palliatifs et d'hospice.

En 1989, le ministère de la Santé et du Bien-être a publié un très bon document qui s'intitule *Guide pour l'établissement de normes de services de soins palliatifs*. Les gouvernements interviennent peu dans le financement des soins palliatifs au Canada et il n'y a pas de normes reconnues. Les soins palliatifs tels que décrits dans ces lignes directrices, n'existent pas partout et l'option des soins palliatifs n'est pas offerte à toutes les personnes mourantes.

La question qui se pose alors est la suivante: devrions-nous envisager de légaliser l'euthanasie lorsque l'alternative qu'elle représente de bons soins palliatifs n'a pas encore été pleinement explorée et offerte à tous?

[Texte]

We have only just begun to find better ways of providing good care, comfort and the alleviation of distressing symptoms for those who are living with and dying from a terminal illness. Palliative care has made great strides, but we still have a long way to go. The legalization of euthanasia would do nothing to solve the problem of pain and suffering in terminal illness. In fact, such a step would delay or even halt the progress of palliative care.

In 1958, my mother died from breast cancer. At the time of her diagnosis five years earlier, she had been given a very short prognosis. Because her four children were still quite young she refused to accept this, and because she was a good Catholic, she had all of us praying a Novena that she would live longer. She did, and we thought it was a miracle.

The final nine months of her life were spent in hospital because the bone metastases to her spine made it impossible for her to sit up. Through her own sheer determination, she spent Christmas with us at home then slipped into a coma and died five days later.

Today I know of some things that could have alleviated her pain and suffering, and could have supported her in her struggle to have quality time with her family.

The term "palliative care" was not even known then, and although doctors and others did the best they could, her suffering was often intolerable.

Thirty four years later, I received a call at the hospice from a woman who was caring for her dying sister at home. The woman requested my help because her sister, who was vomiting uncontrollably, was becoming extremely uncomfortable and was begging to die. After a brief assessment, I called the attending physician and requested medication. The woman settled and had a peaceful night's sleep. The next day, I visited her again and we talked about her impending death. She then asked if she could in private to her husband and to each of her two sisters.

The woman died peacefully the next day, surrounded by her family. Her death was peaceful because of palliative care. Her husband has since told me that if he had not had that final important conversation with his wife, his grief would be unresolved.

This type of care is not yet available to all, and we are still a long way from making it available and accessible. We have much more to learn about providing good care and quality of life to people who are living with and dying from a terminal illness. We cannot afford to slow down our pursuit.

Senator Keon: Ms O'Connor, have you had the opportunity to care for any terminal AIDS patients?

[Translation]

Nous venons tout juste de commencer à trouver de meilleures façons de d'assurer de bons soins, le confort et l'atténuation des symptômes de détresse aux personnes atteintes et mourant d'une maladie terminale. Les soins palliatifs ont fait beaucoup de progrès mais nous avons encore un long chemin à parcourir. La légalisation de l'euthanasie ne ferait rien pour résoudre le problème de la douleur et de la souffrance des malades en phase terminale. De fait, une telle initiative retarderait ou même interromprait le progrès accompli dans le domaine des soins palliatifs.

En 1958, ma mère est décédée d'un cancer du sein. À l'époque du diagnostic de la maladie cinq ans plus tôt, on lui avait accordé très peu de temps à vivre. Parce qu'elle avait quatre enfants encore relativement jeunes, elle a refusé d'accepter cette situation et parce qu'elle était aussi une bonne catholique, elle nous a tous fait prier durant une neuvaine pour qu'elle puisse vivre plus longtemps. Elle a réussi et nous avons pensé qu'il s'agissait d'un miracle.

Elle a passé les neuf derniers mois de sa vie à l'hôpital parce qu'elle était incapable de s'asseoir en raison des métastases osseuses de sa colonne vertébrale. Par sa seule détermination, elle a passé Noël avec nous à la maison puis elle est entrée dans un coma et est morte cinq jours plus tard.

Aujourd'hui, je connais certaines choses qui auraient pu atténuer sa douleur et sa souffrance et qui auraient pu la soutenir dans sa lutte pour passer du temps de qualité avec sa famille.

L'expression «soins palliatifs» n'existait même pas à l'époque et bien que les médecins et d'autres aient fait tout ce qu'ils pouvaient, sa souffrance était souvent intolérable.

Trente-quatre ans plus tard, j'ai reçu à l'hospice un appel d'une femme qui prenait soin de sa soeur mourante à la maison. La femme demandait mon aide parce que sa soeur, qui vomissait de façon incontrôlable, éprouvait un inconfort extrême et demandait à mourir. Après une brève évaluation, j'ai appelé le médecin traitant et demandé un médicament. La dame s'est apaisée et a eu une nuit de sommeil paisible. Le jour suivant, je l'ai visitée à nouveau et nous avons parlé de sa mort imminente. Elle a alors demandé la permission en privé à son mari et à chacune des ses deux soeurs.

La dame est décédée paisiblement le jour suivant, entourée de sa famille. Son décès a été paisible en raison des soins palliatifs qu'elle a reçus. Son époux m'a avoué depuis que s'il n'avait pas eu cette dernière conversation importante avec son épouse, il n'aurait pu surmonter son chagrin.

Ce genre de soin n'est pas encore à la portée de tous et nous avons encore beaucoup de chemin à faire pour qu'ils soient disponibles et accessibles. Nous avons encore beaucoup à apprendre en vue d'assurer de bons soins et une qualité de vie aux personnes qui sont atteintes et mourantes d'une maladie terminale. Nous ne pouvons nous permettre de relâcher notre effort.

Le sénateur Keon: Madame O'Connor, avez-vous eu l'occasion de soigner des sidéens en phase terminale?

[Text]

Ms O'Connor: Yes, we look after people who are living and dying with AIDS. Since the beginning of the hospice six years ago, we have had several patients.

Senator Keon: Have they been satisfied that they can be cared for with palliative care?

Ms O'Connor: My experience with AIDS patients is much the same as people who are living with any terminal illness, except that they have experienced the roller-coaster, which can be very distressing. In other words, they can be very sick and close to death one day, and then up and about and feeling much better very soon after that, and not really knowing what is going on or what is happening.

With them, as well as with any of the other patients that we see, the distress is not so much physical. If it is physical, then we need to be ashamed of ourselves because we have the means to alleviate physical symptoms of pain and nausea. The trouble is that for many it is not being used and it is not accessible.

The patients we meet are not mainly concerned with their physical problems; it is the anguish and distress that frightens them and may lead them to question whether or not they want to carry on. However, the experience has been the same with most patients. That is, although they may question whether or not they want to carry on, if they receive the type of care that we can give them, we can help them through the journey and when the time comes they realize they do not want that death. That is what is important.

It is not that patients do not talk about what is possible, but, if things got intolerable, could they stop. They need someone to reassure them and to be there to alleviate their physical symptoms first and foremost, but also to be there in their isolation, in their distress, in their anxiety, and in their fear. That is only possible through palliative care, because the traditional medical world is too busy to provide that type of care to its patients.

Senator Keon: I have the impression from listening to advocates of physician-assisted suicide or euthanasia that frequently they make a case for having company when they die or having someone put them away just so that they do not die alone. Have you encountered that as you care for these terminal patients?

Dr. Emily Gear, Medical Consultant to Hospice of All Saints: Are you speaking again of AIDS patients?

Senator Keon: They are among some of the advocates of euthanasia.

Ms Gear: In the palliative care unit, where we have a number of patients, it seems as though the problem of isolation for these patients is greater than for others. Sometimes there has not been resolution of conflict with family.

[Traduction]

Mme O'Connor: Oui nous nous occupons de mourants atteints du sida. Depuis les débuts de l'hospice il y a six ans, nous avons eu plusieurs patients.

Le sénateur Keon: Ont-il eu l'impression que l'on pouvait s'occuper d'eux en leur prodiguant des soins palliatifs?

Mme O'Connor: Mon expérience auprès des sidéens est sensiblement la même que celle vécue auprès des autres gens atteints d'une maladie terminale, sauf que les premiers connaissent des hauts et des bas, ce qui peut être très pénible. En d'autres termes, ils peuvent être très malades et près de mourir un jour, puis être sur pied et se sentir beaucoup mieux peu de temps après, et ne pas vraiment savoir ce qui s'est passé.

Dans leur cas, comme dans le cas de tout autre patient que nous voyons, la détresse n'est pas tant physique. Si la détresse est physique, nous devons alors avoir honte parce que nous avons des moyens d'atténuer les symptômes physiques de la douleur et de la nausée. La difficulté est que, pour de nombreuses personnes, ces traitements ne sont pas appliqués ou ne sont pas accessibles.

Les patients que nous rencontrons ne sont pas surtout préoccupés par leurs problèmes physiques; c'est l'angoisse et la détresse qui les effraient et qui peut les amener à se demander s'ils veulent ou non poursuivre la lutte. Cependant, l'expérience a été la même pour la plupart des patients. Ainsi, bien qu'ils puissent se demander s'ils veulent vraiment poursuivre ou non, s'ils reçoivent le genre de soins que nous pouvons leur prodiguer, nous pouvons alors les aider dans le cheminement et lorsque le moment arrive, ils se rendent compte qu'ils ne veulent pas mourir. C'est cela qui est important.

Ce n'est pas que les patients ne parlent pas de ce qui est possible, mais, dans l'hypothèse où les choses deviendraient intolérables, si elles pourraient s'arrêter. Elles ont besoin de quelqu'un qui les rassure et qui est présent pour atténuer leurs symptômes physiques d'abord et avant tout, mais aussi être présent pour les accompagner dans leur isolement, leur détresse, leur angoisse et leur crainte. Cela n'est possible que dans le cadre de soins palliatifs, parce que le monde de la médecine traditionnelle a trop à faire pour prodiguer ce genre de soins aux patients.

Le sénateur Keon: J'ai l'impression, à écouter les partisans du suicide assisté par un médecin ou de l'euthanasie, que l'on fait souvent valoir la nécessité d'une présence au moment de mourir ou celle d'avoir quelqu'un qui pourra aider à donner la mort afin de ne pas mourir seul. Avez-vous vécu cette expérience en prodiguant des soins à des patients en phase terminale?

Dr Emily Gear, médecin et consultante médicale à l'Hospice of All Saints: Parlez-vous toujours des patients atteints du sida?

Le sénateur Keon: Ils sont parmi ceux qui préconisent l'euthanasie.

Mme Gear: À l'unité des soins palliatifs, où nous avons un certain nombre de patients, il semble que le problème de l'isolement est plus grand pour ces patients que pour d'autres. Parfois, le conflit avec la famille n'a pas été réglé.

[Texte]

Again, as Barbara has said, it is perhaps an exaggeration of what we see ordinarily. I realize that they are some of the advocates for euthanasia.

Ms O'Connor: Are you saying people who want euthanasia are asking for it because they do not want to die alone? Is that what I understand?

Senator Keon: I could not express that view for them because none of them have ever said that. Some of the other senators may correct me if I am wrong. I get the distinct impression that they make the case that they have the right to decide when they should die, and that they also have the right to have a third party help them along. If they request it, they feel it is their right.

Suicide can be accomplished usually with a relative lack of pain, or at least relatively easy. I get the impression that the loneliness component or the thought of dying alone is a terrifying thought for many of them.

Ms O'Connor: I think it is. It brings to mind a woman who died not long ago. When she came to our day hospice, she was active even on very high doses of morphine, doses that would put most of us out. She would help in the kitchen, or do somebody's hair. She would come and rest in the quiet room on other days because she could not manage. She told me on one of those days that if she ever stopped walking, that would be it; she would take enough pills to end it all.

What happened to that woman is that she went into the palliative care unit at Elisabeth Bruyère. What helped her and what she needed was to have us sit with her through the dark hours of the night when she was really frightened. She certainly did not want to die, be put to death or to take her own life. What she wanted was people to accompany her through her fear.

I think you are right when you suggest that people are afraid. Perhaps it is a sense of, "I want to die now. I want to get it over with." I am not sure that that is a good reason to legalize euthanasia. We have many, many other people, people we meet every day through our work, who have a right to dignity, to pain control, and to alleviation of their suffering. They are not getting that. I think those people's rights have to be looked at, as well.

Ms Gear: You mentioned that it seemed strange they would want a third person or someone else to assist them. It is as if that person is being used to say to the patient, "It's okay to do this." It is as though that person were putting his or her seal of approval on it. I had never heard that question before, but that is what it makes me think of. They want someone to say, "It's okay."

[Translation]

Encore une fois, comme Barbara l'a mentionné, il s'agit parfois d'une exagération de ce que nous voyons habituellement. Je suis consciente qu'ils sont au nombre de ceux qui préconisent l'euthanasie.

Mme O'Connor: Est-ce que vous dites que les gens qui veulent l'euthanasie demandent cela parce qu'ils ne veulent pas mourir seuls? Ai-je bien compris cela?

Le sénateur Keon: Je ne peux m'exprimer pour eux parce qu'aucun n'a jamais affirmé cela. D'autres sénateurs peuvent me corriger si je fais erreur. J'ai la nette impression qu'ils font valoir qu'ils ont le droit de décider du moment où ils devraient mourir et qu'ils ont aussi le droit d'être accompagnés par une autre personne à cet instant. S'ils le demandent, ils ont le sentiment que c'est leur droit.

On peut généralement se suicider avec une absence relative de douleur ou, du moins, de façon relativement facile. J'ai l'impression que la solitude ou la pensée de mourir seul est terrifiante pour bon nombre d'entre eux.

Mme O'Connor: Je pense que c'est le cas. Cela me rappelle une femme qui est décédée il n'y a pas si longtemps. Lorsqu'elle s'est présentée à notre hospice de jour, elle était active même en prenant de fortes doses de morphine, des doses qui terrasseraient la plupart d'entre nous. Elle aidait à la cuisine ou coiffait quelqu'un. D'autres jours, elle venait et se reposait dans la salle de détente parce qu'elle n'arrivait pas à tenir le coup. Au cours de l'une de ces journées, elle m'a confié que si elle arrêtait de marcher, ce serait la fin; elle prendrait suffisamment de pilules pour en finir.

Ce qui est arrivé à cette femme est qu'elle s'est entrée à l'unité des soins palliatifs de l'hôpital Elisabeth-Bruyère. Ce qui l'a aidé et ce dont elle avait besoin était que nous l'accompagnions durant les heures sombres de la nuit lorsqu'elle était vraiment effrayée. Elle ne voulait certainement pas mourir, être mise à mort ou mettre fin à ses jours. Ce qu'elle recherchait était la compagnie de gens pour l'aider à surmonter sa crainte.

Je pense que vous avez raison lorsque vous suggérez que les gens ont peur. Peut-être cela veut-il dire: «Je veux mourir maintenant. Je veux en finir une fois pour toute». Je ne suis pas sûr qu'il y ait une bonne raison de légaliser l'euthanasie. Il y a de nombreuses autres personnes, les personnes que nous rencontrons à chaque jour au travail, qui ont le droit à la dignité et qui ont le droit à ce que l'on contrôle leur douleur et que l'on atténue leur souffrance. Ils n'ont pas accès à ces services. Je suis d'avis que l'on doit aussi respecter les droits de ces gens.

Mme Gear: Vous avez mentionné qu'il vous semblait étrange que les patients veulent avoir la présence d'une autre personne ou de quelqu'un qui les assistera. C'est comme si cette personne intervenait pour dire au patient: «C'est bien de faire cela». C'est comme si cette personne venait donner son approbation. Je n'avais jamais entendu cela auparavant, mais c'est la réflexion que cela m'inspire. Ils veulent la présence de quelqu'un qui leur dira: «C'est bien».

[Text]

Senator Keon: I used the term "third person" because they usually want to get away from an immediate loved one; they want some disinterested party.

Senator Beaudoin: What is the proportion of cases for which you consider palliative care to be appropriate? Is it very high? We have heard a figure of 90 per cent. Some have even said 95 per cent. You say in your brief that, unfortunately, palliative care is developed only in certain provinces and that it has to be improved. We all agree with that. It is obvious that it should be improved.

Do you consider that it is the appropriate answer in most cases or in a great number of cases? What do we do for the rest of the population to help them?

Ms O'Connor: Firstly I think palliative care has to be offered to all people who have been diagnosed with a terminal illness. It is not available; it is not accessible. A lot of people do not even know that it exists or what it means. We are lucky in Ottawa-Carleton because we have so much. People now understand the term palliative care. They used to call it the death squad. Now we know what it is. They look for it and want it.

In the rural communities, it is not available. Therefore, we have to begin with saying, "Let's offer it to absolutely everyone, but let's also offer very good palliative care." That is where we fall short. I must say that even in Ottawa-Carleton it is not excellent palliative care, because there is not the funding to provide excellent palliative care.

We cannot answer your question until we begin to offer it to everyone, after which we will ask, "Has it worked?"

Senator Beaudoin: Scientifically speaking, you cannot say it will succeed in 80 per cent or 90 per cent of cases, because it is not developed enough at this moment.

Ms O'Connor: That is right.

Ms Gear: I think we are talking about two different things. We can talk about physical symptoms, which I think can be alleviated in over 90 per cent of cases.

Senator Beaudoin: Is what is left the anguish?

Ms Gear: There is another part to it. I think part of it is physical pain or symptoms, but I think there are other things as well. There is the emotional support. I do not think physicians can do it all. They can assure a patient they will be with them as they journey toward death, but I do not think they can take the place of family or friends.

[Traduction]

Le sénateur Keon: J'ai utilisé l'expression «autre personne» parce que les patients cherchent habituellement à éviter cela à un être cher dans leur entourage immédiat; ils veulent que ce soit une personne détachée.

Le sénateur Beaudoin: Quel est le pourcentage des cas où vous considérez que les soins palliatifs sont appropriés? Est-ce très élevé? Nous avons entendu le chiffre de 90 p. 100. Certains ont même affirmé 95 p. 100. Vous dites dans votre mémoire que, malheureusement, les soins palliatifs ne sont développés que dans certaines provinces et que la situation doit être améliorée. Nous en convenons tous. Il est évident que ces soins doivent être améliorés.

Pensez-vous que c'est la réponse appropriée dans la plupart des cas ou dans un grand nombre de cas? Que faire pour aider le reste de la population?

Mme O'Connor: Premièrement, je pense que les soins palliatifs doivent être offerts à toutes les personnes chez qui l'on a diagnostiqué une maladie terminale. Ils ne sont pas disponibles; ils ne sont pas accessibles. Beaucoup de gens ne savent même pas que ces soins existent ou ce que cela veut dire. Nous sommes privilégiés dans la région d'Ottawa-Carleton parce que nous en avons tant. Les gens comprennent maintenant ce que veut dire l'expression «soins palliatifs». Ils appelaient cela auparavant l'escadron de la mort. Maintenant nous savons ce que c'est. Ils sont à la recherche de ces soins et veulent s'en prévaloir.

Dans les régions rurales, ces soins ne sont pas disponibles. En conséquence, nous devons commencer par dire: «Offrons-les absolument à tous, mais offrons aussi de très bons soins palliatifs». C'est là où nous accusons des lacunes. Je dois dire que même dans la région d'Ottawa-Carleton, les soins palliatifs ne sont pas excellents parce que nous n'avons pas le financement requis pour offrir d'excellents soins palliatifs.

Nous ne pouvons répondre à votre question avant d'avoir commencé à offrir ces soins à tous, après quoi nous pourrions nous demander: «Cela a-t-il fonctionné?»

Le sénateur Beaudoin: Sur le plan scientifique, vous ne pouvez dire si vous réussirez dans 80 p. 100 ou 90 p. 100 des cas, parce que ces soins ne sont pas suffisamment développés pour l'instant.

Mme O'Connor: C'est exact.

Mme Gear: Je pense que nous parlons de deux choses différentes. Nous pouvons parler des symptômes physiques qui, à mon avis, peuvent être atténués dans plus de 90 p. 100 des cas.

Le sénateur Beaudoin: Il resterait alors l'anxiété?

Mme Gear: Il y a un autre aspect. Je pense qu'en partie, il s'agit de douleur ou de symptômes physiques, mais il y a autre chose. Il y a le soutien émotif. Je ne pense pas que les médecins peuvent faire tout cela. Ils peuvent assurer au patient qu'ils l'accompagneront jusqu'à la mort, mais je ne pense pas qu'ils puissent remplacer les membres de la famille ou les amis.

[Texte]

When we think of palliative care, we want to involve family and friends as well, because that is important for the relief of suffering in terminal illness.

Senator Beaudoin: Some months ago I heard on television that Sue Rodriguez had said she was suffering. Whether it was physical pain or any other kind of pain, I do not know. Some doctor appeared on the same show and said, "No, she did not suffer physically."

How do you react to that? What is the truth?

Ms O'Connor: As far as we know from what we have heard, which is probably as much as you have heard, Sue Rodriguez did not suffer physically. If she did, I do not know why it would be so, because I know that there are means available to have alleviated her physical suffering. What I think she did suffer from was very deep mental anguish.

There are many people suffering mental anguish who want suicide and who try to commit it. Yet, we resuscitate them; we stop them. What is the answer there?

I think if we really look at it, those people who are saying they want euthanasia are people who want it because they cannot stand the isolation, or the mental anguish — that kind of suffering. Can we not find better ways of caring for those people and alleviating those symptoms?

Senator Beaudoin: There are two domains here: One is that of physical pain which, as you say, may now be taken care of very successfully according to the science of medicine; unfortunately, there is another domain which is more related to mental anguish.

We heard about that from a psychologist the other day. If I remember correctly, he said that in most cases they succeed, but that in perhaps one, two or three cases, it is impossible to succeed. When we talk about palliative care, is it mostly the physical pain that we are concerned with, or is it also the mental anguish?

Ms O'Connor: Palliative care deals with the whole person. It deals with the mental anguish, but first and foremost with the physical needs, because you cannot talk about death and dying if someone is in pain. It then deals with the emotional, spiritual and psychosocial needs of the patient. That is what good palliative care is, and that is the definition of palliative care.

The philosophy of hospice and palliative care affirms life. It helps people to live as fully as possible and to die with dignity. It deals with the total person as well as the family.

That is why it is multidisciplinary in its approach and why it is like no other care that is being given. If palliative care does not exist in a hospital, institution or in the community, then we cannot

[Translation]

Lorsque nous pensons aux soins palliatifs, nous voulons aussi faire participer les membres de la famille et les amis, parce que cela est important pour soulager la souffrance d'un malade en phase terminale.

Le sénateur Beaudoin: Il y a quelques mois, j'ai vu à la télévision quelqu'un déclarer que Sue Rodriguez avait affirmé qu'elle souffrait. Je ne sais pas s'il s'agissait de douleur physique ou d'une autre forme de douleur. Un médecin qui a participé à la même émission a affirmé: «Non, elle ne souffrait pas physiquement».

Comment réagissez-vous à cela? Où se situe la vérité?

Mme O'Connor: Ce que nous en savons d'après ce que nous avons entendu, ce qui correspond probablement à ce que vous avez entendu, est que Sue Rodriguez n'a pas souffert physiquement. Si elle a souffert physiquement, j'ignore pourquoi il en a été ainsi, parce que je sais que nous avons à notre disposition des moyens qui auraient permis d'atténuer sa souffrance physique. Je pense qu'elle éprouvait une très grande souffrance morale.

De nombreuses personnes éprouvant une souffrance morale veulent se suicider et tentent de le faire. Pourtant, nous les ressuscitons; nous les empêchons de le faire. Quelle est la réponse dans ce cas?

Je pense que si nous examinons la question attentivement, les personnes qui disent vouloir l'euthanasie sont des personnes qui le demandent parce qu'elles ne peuvent supporter l'isolement, ou la souffrance morale — ce genre de souffrance. Ne pouvons-nous pas trouver de meilleurs moyens de prodiguer des soins à ces personnes et d'atténuer ces symptômes?

Le sénateur Beaudoin: Il y a deux domaines en cause ici: l'un est celui de la souffrance physique qui, comme vous l'avez dit, peut maintenant être soulagée de façon très efficace par la science médicale. Malheureusement, il y a un autre domaine qui touche de plus près à la souffrance morale.

Nous avons entendu le témoignage d'un psychologue l'autre jour. Si ma mémoire est exacte, il a déclaré que dans la plupart des cas, on réussissait mais que, dans peut-être un, deux ou trois cas, il est impossible de réussir. Lorsque nous parlons de soins palliatifs, sommes-nous préoccupés principalement par la douleur physique ou le sommes-nous aussi par la souffrance morale?

Mme O'Connor: Les soins palliatifs visent la personne toute entière. Ils visent à traiter la souffrance morale mais d'abord et avant tout à répondre aux besoins physiques parce que vous ne pouvez parler de la mort et du fait de mourir avec quelqu'un qui souffre. Ces soins s'adressent ensuite aux besoins émotifs, spirituels et psychosociaux du patient. C'est ce en quoi consiste de bons soins palliatifs et c'est la définition des soins palliatifs.

La philosophie des hospices et des soins palliatifs est une affirmation de la vie. Elle vise à aider les gens à vivre aussi pleinement que possible et à mourir avec dignité. Elle traite la personne dans sa totalité ainsi que la famille.

C'est pourquoi cette approche est multidisciplinaire et c'est pourquoi elle est différente de toutes les autres formes de soins prodigués. Si les soins palliatifs n'existent pas à l'hôpital, en

[Text]

say they are getting that kind of care. We cannot be sure that they are getting that kind of scientific, multidisciplinary care.

Senator Beaudoin: I believe strongly in multidisciplinary care. In universities, for example, we are seeing the spread of the multidisciplinary approach. I suppose, in the fields of medicine and palliative care, it is exactly the same thing.

Ms O'Connor: That is right.

Senator Lavoie-Roux: What would you say to people who come here and say, "We have a right to decide about our own life; if we are to die, we will decide how we die"? They almost regard it to be a basic fundamental right. If we do not agree to accelerate their death, not necessarily "euthanize" them, they argue that we are acting against their will and are imposing a constraint on them. What is your reaction to that?

Are there cases where you have tried everything to relieve pain, whether it was pain or suffering, yet the patient said, "I have had enough. I am grateful to you for what you are doing, but I want it to end"? Can you always provide enough moral support to dissuade them from carrying out their wish for euthanasia?

Ms O'Connor: Obviously there are those types of cases. Everyone who has worked in this field knows of cases where there are people who have suffered, for whatever reason. There are usually many reasons, not only intractable pain or total pain. That is, not just physical pain, but total pain and mental anguish, as well as spiritual pain. As hard as we might try, we may not alleviate that and the person will still suffer. The problem is: Should that one case make it mandatory to legalize euthanasia and stop the quest to make better and improved palliative care accessible to all?

If you want to talk about rights, people have a right to die with dignity. That is not happening now, because we are not providing them with good palliative care everywhere in Canada. We have not even begun to talk about that, and we are here talking about listening to the rights that people think they have. Do not forget that these are well people talking about the rights of dying people.

Yes, we have seen very few cases. It is not that they ask to be put to death. That is not what happens. They hope for death and they ask for death. We give them medication and try as much as possible to alleviate their suffering. Most of the time we do, but there are times we do not. That is the sad thing. But I do not think those few cases can justify the legalization of euthanasia.

Senator Lavoie-Roux: I return to Senator Beaudoin's question. From your experience at the Hospice of All Saints, what proportion of the patients that come to you would fall into

[Traduction]

institution ou dans la communauté, nous ne pouvons dire que les gens reçoivent ce genre de soins. Nous ne pouvons être sûr que les gens reçoivent ce genre de soins scientifiques et multidisciplinaires.

Le sénateur Beaudoin: Je crois fermement aux soins multidisciplinaires. Dans les universités, par exemple, nous voyons progresser l'approche multidisciplinaire. Je suppose que dans les domaines de la médecine et des soins palliatifs, c'est exactement la même chose qui se produit.

Mme O'Connor: C'est exact.

Le sénateur Lavoie-Roux: Que diriez-vous aux gens qui se présentent ici et qui déclarent: «Nous avons le droit de décider de notre propre vie; si nous devons mourir, nous déciderons de la façon de le faire»? Ils considèrent presque cela comme un droit fondamental. Si nous n'acceptons pas d'accélérer leur mort, non nécessairement de les «euthanasier», ils font valoir que nous agissons contre leur volonté et que nous leur imposons une contrainte. Quelle est votre réaction à cela?

Y a-t-il des cas où vous avez tout tenté pour soulager la douleur, qu'il s'agisse de douleur physique ou de souffrance, et où le patient a pourtant déclaré: «J'en ai assez. Je vous remercie pour ce que vous avez fait, mais je veux en finir»? Pouvez-vous toujours offrir un soutien moral suffisant pour dissuader ces patients de concrétiser leur volonté d'obtenir l'euthanasie?

Mme O'Connor: Manifestement, il y a des cas de ce genre. Quiconque a travaillé dans ce domaine connaît des cas où des gens ont souffert, pour toutes sortes de raisons. Il y a actuellement de nombreuses raisons en cause, et non seulement la douleur incurable ou généralisée. Autrement dit, il n'y a pas seulement la douleur physique, mais une douleur globale et une souffrance mentale ainsi qu'une douleur spirituelle. Peu importe les efforts que nous déployons, il se peut que nous ne puissions atténuer cette douleur et que la personne continue de souffrir. Le problème qui se pose est le suivant: Est-ce qu'un cas de ce genre nous oblige à légaliser l'euthanasie et à cesser de chercher à améliorer les soins palliatifs et à les rendre accessibles à tous?

Si vous voulez parler de droits, les gens ont le droit de mourir dans la dignité. Ce n'est pas le cas actuellement, parce que nous ne leur offrons pas de bons soins palliatifs partout au Canada. Nous n'avons même pas commencé à parler de cela et nous sommes ici à discuter de la nécessité de tenir compte de droits que les gens pensent avoir. N'oublions pas qu'il s'agit de personnes bien portantes qui parlent des droits de personnes mourantes.

Oui, nous avons vu quelques cas de ce genre. Ce n'est pas que ces patients demandent à être mis à mort. Ce n'est pas cela qui se produit. Ces personnes espèrent mourir et demandent à mourir. Nous leur donnons des médicaments et tentons autant que possible d'atténuer leur souffrance. La plupart du temps, nous y parvenons, mais il y a des cas où nous n'y arrivons pas. C'est ce qui est triste. Mais je ne pense pas que ces quelques cas puissent justifier la légalisation de l'euthanasie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je reviens à la question du sénateur Beaudoin. Sur la base de votre expérience à l'Hospice of All Saints, quel pourcentage des patients qui se présentent à vous

[Texte]

that category of people whose mental, physical or spiritual pain cannot be relieved?

Ms O'Connor: Less than 1 per cent.

Senator Lavoie-Roux: Of this 1 per cent, they would not all necessarily request euthanasia?

Ms O'Connor: No, not necessarily, but we are suffering along with them because there is nothing we can do. It often has to do with spiritual pain, fears, mental anguish, and things that we cannot alleviate however hard we try.

Senator Lavoie-Roux: I am sure you find a difference between people who have a family who supports them as opposed to those who do not have that support. Where the family is being supportive, or where there is the support of old friends and a supportive environment, do you also encounter the type of case that cannot be relieved?

Ms O'Connor: Do you mean when there is good support?

Senator Lavoie-Roux: Yes, from the family and the environment.

Ms O'Connor: When there is good support from the family and environment, there is usually what we call an appropriate progression through, as long as palliative care is made available.

Senator Lavoie-Roux: I always mean when palliative care is in place.

Ms O'Connor: Yes, that is true. In those instances, there is an appropriate, peaceful kind of dying process and death with dignity.

The point you are getting at is when there is no family and there have been family disruptions and problems. In those cases, we are dealing with all the baggage. That is usually where the problems come in, yes. That involves a kind of mental anguish.

When you think about it, people are suffering that kind of mental anguish with or without a terminal illness. Those are the people who try to jump over a bridge, slash their wrists or take an overdose. We resuscitate them all. As a society we do not believe that that is right and we try to resuscitate those people. Why then, all of a sudden, are we saying that that is okay?

Senator DeWare: Are you quite satisfied with your access to pain control, or do you feel there should be funding put into a study of better pain control?

Ms O'Connor: There could be much better pain control; we have a long way to go. We have good pain control; we also have good knowledge of pain control that exists. The trouble is that, for many reasons, not everyone has that knowledge and not everyone is using that knowledge. Therein lies the frustration.

[Translation]

entreraient dans la catégorie des gens dont la douleur mentale, physique ou spirituelle ne peut être atténuée?

Mme O'Connor: Moins de 1 p. 100.

Le sénateur Lavoie-Roux: Toutes les personnes correspondant à ce 1 p. 100 ne demanderaient pas nécessairement l'euthanasie?

Mme O'Connor: Non, pas nécessairement; mais nous les accompagnons dans leur souffrance parce qu'il n'y a rien d'autre que nous puissions faire. Il s'agit souvent de douleur spirituelle, de crainte, de souffrance mentale et de maux que nous ne pouvons atténuer quels que soient les efforts déployés.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je suis sûre que vous observez une différence entre les gens qui ont une famille qui les appuie et ceux qui n'ont pas ce soutien. Lorsque la famille apporte son appui, ou lorsqu'il y a l'appui de vieux amis et de membres de l'entourage, rencontrez-vous aussi ce genre de cas où la douleur ne peut être atténuée?

Mme O'Connor: Voulez-vous dire lorsqu'il y a un bon soutien?

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, de la part de la famille et de l'entourage.

Mme O'Connor: Lorsqu'il y a un bon soutien de la part de la famille et de l'entourage, nous avons habituellement ce que nous appelons une progression appropriée dans la mesure où des soins palliatifs sont disponibles.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je veux toujours dire lorsque des soins palliatifs sont en place.

Mme O'Connor: Oui, c'est exact. Dans ces cas, il y a un cheminement approprié et paisible vers la mort et une mort dans la dignité.

Le point auquel vous en venez a trait aux cas où il n'y a pas de famille et à ceux où celle-ci a vécu des problèmes et des déchirements. Nous sommes alors confrontés à tous les aspects du problème. Oui, c'est habituellement dans ces cas que les problèmes se posent. Ils comportent une forme de souffrance morale.

Lorsqu'on y songe, des gens éprouvent ce genre de souffrance morale qu'ils soient ou non atteints d'une maladie terminale. Ce sont les personnes qui tentent de sauter d'un pont, de se tailler les poignets ou de prendre une dose excessive de médicaments. Nous les ressuscitons toutes. Comme société, nous ne croyons pas que cela soit acceptable et nous tentons de ramener ces gens à la vie. Pourquoi alors, soudainement, dirions-nous que tout cela est acceptable?

Le sénateur DeWare: Êtes-vous satisfait de l'accès que vous avez aux moyens qui permettent d'atténuer la douleur, ou pensez-vous que l'on devrait consacrer des fonds à étudier de meilleures façons d'atténuer la douleur?

Mme O'Connor: Il pourrait y avoir un bien meilleur contrôle de la douleur; nous avons beaucoup de chemin à faire. Nous possédons de bonnes méthodes de contrôle de la douleur; nous avons aussi une bonne connaissance des méthodes de contrôle de la douleur qui existent. Le problème est que, pour de nombreuses

[Text]

We meet people every day who are not getting good pain control. Yes, there is a need.

Ms Gear: Some of this knowledge is relatively recent. We know a lot more about it in 1994 than we did even 10 or 15 years ago. This has largely come out of the hospice movement in Britain and in Montreal where they have really pioneered in pain control.

Senator DeWare: Could you tell if there is a saving in palliative care in a palliative care institution, versus hospital care?

Is it more beneficial for a person to be in hospice care or in a hospital?

Ms Gear: We only have two free-standing hospices in Canada, one in Victoria and one in Quebec City. I can only speak for the figures in Britain and the United States. These are hospices in free-standing buildings. It is considerably less expensive, but you do not have all the high technology. It is a very different kind of care than you have in an acute-care hospital, so there is no doubt that these are less expensive.

Senator DeWare: We are also looking for recommendations from you which we can use in putting together our final presentation together.

One suggestion which has come from a couple of palliative care organizations is that maybe there should be a course in palliative care taught to our medical students at university, and that has not been done up to this point. Now that dying with dignity has become such an important focus point, they have to be sensitive, too. The only way medical students may become sensitive to all aspects of it is through a university course. That is the type of recommendation we are looking for.

Ms O'Connor: That is certainly a very good recommendation and one that we would support. However, we also suggest that you recommend recognized standards in palliative care across Canada. That does not even exist yet. We also suggest that palliative care be made accessible absolutely everywhere, that it become a part of the medical care that is available to all people.

Senator DeWare: How do you think we will be able to do that when they want to keep cutting costs?

Ms O'Connor: In the end, it will be cheaper because there are a lot of studies that show a high cost of medical care to people who are suffering physically in their bereavement because of the kind of death that a loved one experienced. Full palliative care programs also provide bereavement follow-up programs. You may not see it today or tomorrow but, in the long run, it would be a more cost-effective thing to put in place, plus it would keep

[Traduction]

raisons, tous n'ont pas ces connaissances et tous ne les appliquent pas. C'est de là que provient la frustration. Nous rencontrons quotidiennement des gens qui n'obtiennent pas un bon traitement contre la douleur. Oui, le besoin est présent.

Mme Gear: Certaines de ces connaissances sont assez récentes. Nous en savons beaucoup plus en 1994 qu'il y a dix ou quinze ans. Cela provient principalement du mouvement des hospices en Grande-Bretagne et à Montréal où l'on a vraiment accompli un travail de pionnier en matière de contrôle de la douleur.

Le sénateur DeWare: Pourriez-vous me dire si les soins palliatifs offerts dans une institution de soins palliatifs permettent de faire des économies par rapport aux soins offerts en milieu hospitalier?

Est-il préférable pour une personne de recevoir des soins d'hospice ou de recevoir des soins à l'hôpital?

Mme Gear: Nous n'avons que deux hospices autonomes au Canada, l'un à Victoria et l'autre à Québec. Je ne peux parler qu'à l'aide de chiffres provenant de la Grande-Bretagne et des États-Unis. Ce sont des hospices établis dans des édifices distincts. Les soins sont beaucoup moins coûteux mais vous n'avez pas toute la haute technologie. Ce sont des soins très différents que ceux que vous obtenez dans un hôpital de soins de courte durée, de sorte qu'il ne fait aucun doute que ces soins sont moins coûteux.

Le sénateur DeWare: Nous sommes aussi à la recherche de recommandations de votre part qui pourraient nous être utiles au moment de produire notre rapport final.

Une suggestion qui a été faite par quelques organismes de soins palliatifs est que l'on devrait peut-être donner un cours de soins palliatifs aux étudiants en médecine à l'université, ce qui n'a pas été fait jusqu'à maintenant. Maintenant que mourir dans la dignité est devenu un sujet d'intérêt majeur, les médecins doivent être sensibilisés à cet aspect également. La seule façon de sensibiliser les étudiants en médecine à tous les aspects de ces soins est dans le cadre d'un cours offert à l'université. C'est le genre de recommandations que nous cherchons.

Mme O'Connor: C'est certainement une très bonne recommandation et nous serions prêts à l'appuyer. Cependant, nous suggérons aussi que vous recommandiez l'établissement de normes reconnues pour les soins palliatifs dans l'ensemble du pays. Cela n'existe même pas. Nous suggérons aussi que les soins palliatifs soient accessibles absolument partout, qu'ils soient intégrés aux soins médicaux accessibles à tous les gens.

Le sénateur DeWare: Comment pensez-vous que nous pourrions faire cela lorsque les administrations publiques cherchent à réduire les coûts?

Mme O'Connor: Au bout du compte, il en coûtera moins parce que beaucoup d'études ont fait ressortir le coût élevé de soins médicaux offerts aux gens qui éprouvent de la souffrance physique parce qu'ils sont en deuil à la suite du genre de décès qu'a subi une personne aimée. Des programmes complets de soins palliatifs prévoient aussi des programmes de suivi des personnes en deuil. Cela peut ne pas être visible aujourd'hui ou demain.

[Texte]

people out of hospital longer. In the end we would save money. It would cost a lot of money up front, but it would save money in the end.

Senator Corbin: An earlier witness who spoke along the same lines as you responded to the question of whether she would favour or accept euthanasia by saying, "I suppose one could accept it as a tangential effect of drugs given to the person to relieve her pain."

There comes a point of imbalance, I suppose, where you administer drugs to a degree that you know you could be causing the person's death in your attempt to relieve the pain and make the person comfortable. Do you have a problem with that?

Ms O'Connor: I do not call that euthanasia, though. I have a problem with calling it euthanasia. Under medical supervision with good knowledge, that is probably good palliative care. In other words, a good palliative-care physician would order enough medication with the intent of controlling the pain and the symptoms so that, truly, if a scientific study were done, you would find that that person died probably hours earlier than they would have without that medication, but died comfortably.

The Chairman: Dr. Gear, you mentioned a few moments ago that we have a much better idea today of good pain control than we did a decade ago, but that it is not used fully or properly. Do you have any opinion as to why that is so and to what extent you feel there is a failure in that area?

Ms Gear: I think the problem is really in the dissemination of knowledge. That is always a hard thing to do. I think, quite rightly, that, in the past, physicians have had it emphasized to them constantly not to use too many narcotics, not to get people addicted. That has been the teaching over the years. We now realize that that does not happen to people with chronic pain and terminal illnesses.

The Chairman: In your opinion, does it matter if they are addicted when they are terminally ill?

Ms Gear: Probably not. The interesting thing, however, is that I have seen patients who have been receiving very large doses of narcotics have their pain treated in a particular way, perhaps with a little shot of radiation or something that would give them relief. You could then cut that narcotic use down by 75 per cent.

[Translation]

mais, à long terme, nous contribuerions à mettre en place un système plus économique qui, en outre, permettrait de garder les gens hors de l'hôpital plus longtemps. Au bout du compte, nous ferions des économies. Cela coûterait beaucoup d'argent au début mais, à terme, nous pourrions faire des économies.

Le sénateur Corbin: Une personne qui a témoigné précédemment a dit à peu près la même chose que vous en répondant la question de savoir si elle favorisait ou acceptait l'euthanasie; elle a affirmé: «Je suppose que l'on pourrait l'accepter comme un effet accessoire des médicaments administrés à la personne pour soulager sa douleur».

Je suppose qu'il y a un seuil de déséquilibre lorsque vous administrez des médicaments à un degré tel que vous savez que vous pouvez causer la mort de la personne en tentant de soulager sa douleur et de lui assurer un certain confort. Cela vous préoccupe-t-il?

Mme O'Connor: Je n'appelle pas cela de l'euthanasie. Je peux difficilement appeler cela de l'euthanasie. Sous supervision médicale et avec de bonnes connaissances, il s'agit probablement de bons soins palliatifs. En d'autres termes, un médecin qui pratiquerait de bons soins palliatifs prescrirait suffisamment de médicaments pour contrôler la douleur et les symptômes de sorte qu'en réalité, si l'on faisait une étude scientifique, on constaterait que cette personne est décédée probablement quelques heures plus tôt qu'elle ne l'aurait fait sans médicament, mais qu'elle est morte confortablement.

La présidente: Madame Gear, vous avez mentionné il y a quelques instants que nous avons une bien meilleure idée aujourd'hui des méthodes efficaces de contrôle de la douleur qu'il y a une décennie, mais que ces méthodes n'étaient pas utilisées pleinement ou de façon appropriée. Avez-vous une idée de la raison pour laquelle il en est ainsi et de la mesure dans laquelle vous estimez qu'il y a une lacune à cet égard?

Mme Gear: Je pense que le problème se situe vraiment au niveau de la diffusion des connaissances. C'est toujours une chose difficile à accomplir. Je pense, bien franchement, que dans le passé, les médecins se sont faits répéter constamment de ne pas utiliser trop de narcotiques, de ne pas créer une dépendance chez les gens. C'est ce que l'on a enseigné pendant des années. Nous sommes maintenant conscients que cela ne se produit pas chez les personnes qui éprouvent des douleurs chroniques et qui sont atteintes de maladies terminales.

La présidente: À votre avis, est-il important qu'ils développent une dépendance à l'égard de ces drogues lorsqu'ils sont malades en phase terminale?

Mme Gear: Probablement pas. La chose intéressante toutefois, est que j'ai vu des patients à qui l'on avait administré des doses très fortes de narcotiques pour traiter leur douleur d'une façon particulière, parfois accompagnées d'une petite exposition à des radiations ou d'autre chose qui leur assurait un certain soulagement. Vous pouviez ensuite réduire la dose de narcotiques utilisée de 75 p. 100.

[Text]

I was in a palliative care unit long enough to enable me to see this over and over. I can say confidently that I do not think they get addicted, at least not emotionally addicted. They may have some physical addiction, but not the kind we see in so-called drug addicts.

The Chairman: One of our witnesses who was a doctor told us that with respect to opiates — he may have been talking about heroin — you do not actually get addicted in the same way, because the drug is functioning to kill the pain and it is not getting into other parts of your sensory system where you might become more easily addicted. So that kind of fear is not sensible.

Ms Gear: But it takes time, through the dissemination of knowledge, to reprogram people who have been taught one thing. Perhaps that is the main problem.

The Chairman: Can you give me a rough idea of what is the percentage of terminally ill people whom you have encountered over the years who would have benefitted from palliative care, but were not able to receive it because of the conditions you have described today; that is, the simple lack of it?

How many dying patients in a given week? Obviously, some are getting good medical care and they have the support of their families and friends, but what percentage of those people are you concerned about, those who are not getting the kind of attention you think they should be?

Ms Gear: I do not know; I cannot answer that question. I do not know what percentage are not getting good palliative care.

Ms O'Connor: I would have to answer that on two levels. First of all, of the people we meet who are referred to us in the hospice, I would say that roughly 25 per cent, anyway, who I think could get better care are not getting it. It is probably higher than that.

We hear horror stories all of the time, so it is difficult to give an estimate. There are people we meet, through other means entirely, who are not getting palliative care, and we know that they could be a lot more comfortable, not only physically, again, but with the kind of support that palliative care offers.

I would say, just from my own experience in palliative care, that the figure is at least 25 per cent, and probably higher than that. Certainly that is so in Ottawa-Carleton where we have palliative care. I do not know what the situation is like, and I hate to think about what it is like, in other communities that do not have this kind of care available.

The Chairman: Do you think that palliative care works just as well within a hospital setting as in a free-standing hospice?

[Traduction]

Je travaille à l'unité des soins palliatifs depuis suffisamment longtemps pour avoir eu l'occasion d'observer cela à plusieurs reprises. Je peux dire en toute confiance que je ne pense pas que ces gens acquièrent une dépendance, à tout le moins pas une dépendance émotive. Il peut y avoir une certaine dépendance physique, mais pas du genre de celle que nous observons chez les narcomanes.

La présidente: L'un de nos témoins, qui est médecin, nous a affirmé qu'avec les opiacés — il parlait peut-être de l'héroïne — la dépendance ne se produit pas de la même façon, parce que la drogue agit de manière à combattre la douleur et n'entre pas dans d'autres parties de votre système sensoriel qui pourrait vous inciter à développer plus facilement une dépendance. Ainsi, ce genre de crainte n'est pas fondé.

Mme Gear: Mais il faut du temps pour diffuser des connaissances et reprogrammer les gens à qui l'on a enseigné certaines choses. Peut-être est-ce là le principal problème.

La présidente: Pouvez-vous nous donner une idée approximative du pourcentage de personnes atteintes d'une maladie que vous avez rencontrées au fil des années qui auraient pu profiter de soins palliatifs mais qui n'ont pu en recevoir en raison des conditions que vous avez décrites aujourd'hui; autrement dit, l'absence pure et simple de tels soins?

Combien de patients mourants au cours d'une semaine donnée? De toute évidence, certaines personnes reçoivent de bons soins médicaux et ont le soutien de leurs parents et amis, mais quel pourcentage de ces personnes vous préoccupe, celles qui ne reçoivent pas le genre d'attention que vous pensez qu'elles devraient recevoir?

Mme Gear: Je ne sais pas; je ne peux répondre à cette question. Je ne sais pas quel pourcentage des patients ne reçoivent pas de bons soins palliatifs.

Mme O'Connor: Je voudrais répondre à cela de deux façons. Premièrement, parmi les gens que nous rencontrons et qui ont été orientés vers nous à l'hospice, je dirais qu'environ 25 p. 100 pourraient obtenir de meilleurs soins et n'en obtiennent pas. Le chiffre est probablement plus élevé que cela.

Nous entendons constamment des histoires d'horreur, de sorte qu'il est difficile de donner une estimation. Des gens que nous rencontrons, par des moyens tout à fait différents, ne reçoivent pas de soins palliatifs et nous savons qu'ils pourraient être beaucoup plus confortables, non seulement sur le plan physique, encore une fois, mais en obtenant le genre de soutien que les soins palliatifs permettent d'offrir.

Je dirai qu'en fonction uniquement de mon expérience des soins palliatifs, la proportion est d'au moins 25 p. 100 et est probablement plus élevée. C'est certes le cas dans la région d'Ottawa-Carleton où nous avons accès à des soins palliatifs. Je ne connais pas la situation, et j'évite de penser ce qu'elle peut être, dans d'autres localités où des soins de ce genre ne sont pas accessibles.

La présidente: Pensez-vous que les soins palliatifs donnent d'aussi bons résultats en milieu hospitalier que dans un hospice autonome?

[Texte]

Ms Gear: I think not. I do not think it works as well in hospitals because hospitals are busy and have had tremendous staff cutbacks. I know what the staff situation was like in the General Hospital, where I worked for some 38 years, and I know what it was like in the palliative care unit, and there simply was not a comparable staff.

In a general hospital you had palliative care units, or something similar to it, and they should be appropriate and should function just as well. However, as it is now, many patients who need palliative care are in acute-care hospitals. First of all, acute-care hospitals are a very expensive place to be, and secondly, there simply is not the staff to look after all the needs.

The Chairman: We have heard about cities such as Halifax that are closing down hospital wings, yet they are not getting help. To me, that does not make sense at all. If parts of hospitals are going to be virtually empty, it seems to me that it would be marvellous if those areas would be hived off and set up as separate hospice units, and operated on a different basis.

You have just said something that has been said here before. There are many people in acute-care units. There is not much more they can do for them there. They would probably be far better off and better able to receive hospice care and the kind of comfort they need if they were taken out of this other atmosphere, which again is much more expensive.

Ms Gear: That is right. I agree completely.

Senator Lavoie-Roux: When they are closing down beds in hospitals, they are usually the more expensive ones, and they simply do not want to reinvest.

The Chairman: That is part of it.

Senator Lavoie-Roux: A good palliative care unit, whether it is in a general hospital or not, still costs money.

The Chairman: I know there would be costs involved. However, we have also heard from volunteers in the community. Why not train the volunteers and use them, along with some professionals? We are never going to have enough money for all these things, so why not involve the communities more in these hospice activities?

Ms Gear: Of course, one of the objects of good palliative care is to enable patients to begin dying at home again. That is not always possible, and so you need to have hospice or palliative care beds. Until recently, we felt that when a person was dying we had to rush them to a hospital. If we can defuse that, that is another part of good care.

[Translation]

Mme Gear: Je ne pense pas. Je ne pense pas que les résultats soient aussi bons en milieu hospitalier, parce que les hôpitaux sont des endroits achalandés et qu'ils ont subi d'importantes coupures de personnel. Je sais qu'elle était la situation au niveau du personnel à l'Hôpital Général, où j'ai travaillé pendant quelque 38 ans, et je sais ce qu'elle était à l'unité des soins palliatifs; le personnel n'y était tout simplement pas comparable.

Il y avait des unités de soins palliatifs ou quelque chose qui s'en approchait dans les hôpitaux à vocation générale et ces soins devaient être appropriés et donner d'aussi bons résultats. Cependant, dans les circonstances actuelles, de nombreux patients qui ont besoin de soins palliatifs se trouvent dans des hôpitaux de soins de courte durée. Tout d'abord, ces hôpitaux sont des endroits très coûteux et, ensuite, ils ne disposent tout simplement pas du personnel requis pour répondre à tous les besoins.

La présidente: Nous avons entendu parler de villes comme Halifax où l'on ferme des ailes dans certains hôpitaux et où on ne reçoit pas d'aide. Pour moi, cela n'a aucun sens. Si certaines parties des hôpitaux se retrouvent pratiquement vides, il me semble qu'il y aurait là une occasion merveilleuse de s'approprier ces locaux et d'en faire des unités distinctes de services d'hospice qui seraient gérées sur des bases différentes.

Vous venez tout juste de dire quelque chose qui a été mentionné auparavant. Il y a de nombreuses personnes dans les unités de soins de courte durée. On ne peut pas faire beaucoup plus pour ces gens dans ces unités. Ils seraient probablement beaucoup mieux et davantage en mesure de recevoir des soins d'hospice et le genre de réconfort dont ils ont besoin si on les retirait de cet autre milieu, qui encore une fois est très coûteux.

Mme Gear: C'est exact. Je suis tout à fait d'accord.

Le sénateur Lavoie-Roux: Lorsque l'on ferme des lits dans les hôpitaux, ce sont habituellement les plus coûteux et l'on ne veut tout simplement pas réinvestir.

La présidente: Cela fait partie du problème.

Le sénateur Lavoie-Roux: Une bonne unité de soins palliatifs, peu importe qu'elle soit située dans un hôpital général ou ailleurs, coûte tout de même de l'argent.

La présidente: Je sais qu'il y aurait des coûts à assumer. Cependant nous avons aussi entendu des bénévoles oeuvrant dans la communauté. Pourquoi ne pas former des bénévoles et les utiliser, aux côtés de certains professionnels? Nous n'aurons jamais suffisamment de ressources pour faire toutes ces choses, pourquoi ne pas alors impliquer la communauté davantage dans ces activités d'hospice?

Mme Gear: Bien entendu, l'un des objectifs visés par de bons soins palliatifs est de permettre aux patients de retourner mourir à la maison. Cela n'est pas toujours possible, de sorte que vous avez besoin de lits pour offrir des soins d'hospice ou des soins palliatifs. Jusqu'à tout récemment, nous pensions que lorsqu'une personne était mourante, nous devions la transporter d'urgence à l'hôpital. Changer cela ferait aussi partie de la prestation de bons soins.

[Text]

The Chairman: It is more out-patient palliative care. I would agree.

Thank you very much. It has been very interesting and very helpful.

Ms Gear: Thank you.

The Chairman: Our last witness this evening is Professor Danielle Blondeau, who teaches bioethics at l'École des sciences infirmières at Laval University. She holds a Doctorate of Philosophy which is focused on ethics, as well as nursing. She is the leader of a research project on living wills. Professor Blondeau has written extensively about bioethics, namely, death and life directives such as living wills and proxies.

Madame Danielle Blondeau, professeure-chercheure, Université Laval: Je vous remercie, madame la présidente.

Je dois vous dire que c'est un plaisir réel de me trouver avec vous aujourd'hui et de partager une réflexion sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Ces réflexions sont le résultat d'une entreprise qui a duré plus de 10 années, à l'intérieur de mes activités doctorales de philosophie où le sujet de mon mémoire portait sur la qualité de la vie humaine.

J'ai, l'année dernière, produit un ouvrage en collaboration avec le juge Baudouin sur la mort qui s'appelle *Éthique de la mort et droit à la mort*. Comme le disait madame la présidente, je dirige présentement une recherche sur le testament de vie et la mandat, avec une équipe de cinq chercheurs dont le professeur Edward Keyserlingk.

Comme vous le voyez, la mort occupe presque toute ma vie! Elle représente certainement l'axe principal de mes activités professionnelles.

Mes réflexions se situent dans une perspective philosophique et fondamentale. Je vous proposerai donc certaines avenues qui, pour certaines d'entre elles, attendent encore leur résolution. C'est bien le propre de la philosophie: poser le problème.

Je reprendrai donc les grandes lignes de mon document de façon abrégée en insistant d'abord surtout sur la première partie afin de pouvoir par la suite échanger avec vous.

Avant de commencer rappelons d'abord le contexte particulièrement émotif et affectif qui entoure la question de l'assistance au suicide et de l'euthanasie où les médias, les groupes de pressions, montrent rapidement en épingle les cas d'espèces pathétiques en cas types.

Nous avons l'exemple récent et très notoire de Sue Rodriguez.

Rappelons également la polarisation des discours qui enferment le sens commun dans des logiques parfois raffinées de positions.

Alors, il existe beaucoup de confusion et d'ambiguïté autour de ces questions. Mon exposé a pour but de clarifier (je l'espère) certains aspects de la réflexion fondamentale au sujet de l'euthanasie et de l'assistance au suicide.

[Traduction]

La présidente: Il y aurait davantage de soins palliatifs à l'extérieur des institutions. Je serais d'accord.

Je vous remercie beaucoup, cela a été très intéressant et très utile.

Mme Gear: Je vous remercie.

La présidente: Notre dernier témoin ce soir est la professeure Danielle Blondeau qui enseigne la bioéthique à l'École des sciences infirmières de l'Université Laval. Elle détient un doctorat en philosophie et sa thèse portait sur l'éthique et les soins infirmiers. Elle dirige un projet de recherche sur les testaments biologiques. Mme Blondeau a beaucoup écrit sur la question de la bioéthique, notamment les instructions se rapportant à la vie et à la mort, comme les testaments biologiques et les procurations.

Ms Danielle Blondeau, Professor and Researcher, Laval University: Thank you, Madam Chairman.

I must say it is a pleasure to be with you today, to share some thoughts about euthanasia and assisted suicide.

These thoughts are the result of ten years work as part of my doctorate studies in philosophy, in which the subject of my thesis was the quality of human life.

Last year, I published a book with Mr. Justice Baudouin on the subject of death, under the title: *Éthique de la mort et droit à la mort*. As Madam Chairman said, I am now conducting a research project on living wills and proxies with a team of five researchers, including Professor Edward Keyserlingk.

As you can see, death is practically my whole life! It is certainly the main focus of my professional activities.

I approach this subject from a philosophical and fundamental perspective. I intend to propose several avenues, some of which are still problematic. Well, that is the role of philosophy: to define the problem.

I will repeat the main themes of my paper in abbreviated form, with particular emphasis on the first section, so that we can then have a question-and-answer session.

First of all, perhaps I should recall the very emotional context of the issue of assisted suicide and euthanasia and the way the media and pressure groups are quick to portray certain very sad cases as test cases.

A recent example was the widely publicized case of Sue Rodriguez.

We also remember the polarization of a debate in which common sense has become subservient to occasionally sophisticated constructs.

There is a great deal of confusion and ambiguity around these issues. The purpose of my presentation is to clarify, as I hope it will, some aspects of the basic thinking on euthanasia and assisted suicide.

[Texte]

J'aborderai donc la première partie du mémoire plus en profondeur, en traitant des trois points suivants: D'abord, la terminologie. Deuxièmement, la distinction entre droit et liberté. Et, une dernière partie, les expressions «droit à la mort» et «droit de mourir».

Le premier point concernant la terminologie. Dès que l'on commence à réfléchir à l'euthanasie ou à l'assistance au suicide, ce qui frappe c'est d'abord la diversité des significations et l'absence de définition claire.

Si l'on prend le mot «euthanasie», l'on peut constater rapidement que le mot recouvre plusieurs réalités cliniques différentes. Prenons un premier exemple. S'il est pris dans son sens étymologique, qui signifie «mort paisible, mort douce, sans souffrance», l'on pourrait l'appliquer rapidement à la philosophie des soins palliatifs.

D'ailleurs, il demeure encore des professionnels pour qui les pratiques palliatives s'associent à l'euthanasie dite «passive». Un deuxième exemple, l'euthanasie indirecte pourrait elle, être confondue avec l'abstention thérapeutique et la cessation de traitements puisque ces gestes par omission peuvent conduire au décès du patient.

Un dernier exemple, c'est qu'un requête d'assistance au suicide pourrait s'associer facilement à une requête d'euthanasie dite «volontaire».

Ce que je cherche à démontrer ici, c'est la désuétude des nomenclatures classiques et traditionnelles de l'euthanasie par rapport à nos réalités cliniques contemporaines.

Pour ces raisons, le mot devrait être débarrassé de ces qualificatifs comme «passif, actif, direct, indirect», et cetera, et signifier clairement le geste délibéré de provoquer la mort.

Même si cette définition s'éloigne du sens original et étymologique du mot, elle aurait tout de même le mérite d'apporter une certaine distinction entre deux notions qui ne sont pas du tout équivalentes sur le plan moral, «tuer» et «laisser mourir».

Il existe aussi une autre expression qui recoupe des réalités fort différentes et qui devrait être utilisée dans toutes délibérations avec beaucoup de prudence, c'est le «mourir dans la dignité».

«Mourir dans la dignité» qui signifie, pour certains, «mourir dans un contexte de soins palliatifs». Pour d'autres c'est peut-être «mourir avec un testament de vie» ou encore «mourir au moment choisi», par euthanasie ou encore, «mourir de sa belle mort» ou «mourir sans acharnement thérapeutique».

Bref, que signifie «mourir dans la dignité»? Voilà en gros pour la terminologie.

Une autre source de confusion concerne les fondements philosophiques, notamment les concepts de droit et de liberté, qui sont des concepts clés dans les questions qui nous intéressent aujourd'hui.

Cette question n'est pas facile mais j'essaierai d'apporter certains éléments pour la réflexion et l'on pourra en discuter plus tard.

[Translation]

I will discuss the first part of the brief in greater detail and cover the following three points: first, the terminology; second, the distinction between right and freedom; and finally, the terms "right to death" and "right to die".

First, the terminology. As soon as one starts reflecting on euthanasia or assisted suicide, one is struck by the diverse meanings of these terms and the lack of a clear definition.

In the case of euthanasia, we soon find that the word covers a range of clinical situations. For instance, if we take the strictly etymological meaning of the word, "a peaceful, good death, without suffering", it would be a perfect description of the philosophy of palliative care.

In fact, there are still professionals who associate palliative practices with so-called passive euthanasia. In another example, indirect euthanasia might be assimilated with withholding treatment and withdrawal of treatment, since these acts of omission can lead to the death of the patient.

Finally, a request for assisted suicide could easily be associated with a request for so-called "voluntary" euthanasia.

What I will try to show here is that the traditional definitions of euthanasia no longer apply in contemporary clinical situations.

That is why the word should shed qualifiers such as passive, active, direct, indirect, and so forth, and clearly mean the deliberate act of causing death.

Although this definition no longer reflects the original and etymological meaning of the word, it has the advantage of making a distinction between two concepts that are not at all equivalent from the moral point of view: To kill and to let die.

There is another term that covers very diverse situations and should always be used very circumspectly in these discussions, and I am referring to "dying with dignity".

To some people, dying with dignity means dying with the benefit of palliative care. To others, it may mean dying with a living will or death by choice, by euthanasia, or dying a natural death or dying without aggressive therapy.

In other words, what does dying with dignity mean? So those were the terminological issues.

There is also considerable confusion about the philosophical basis, and I am referring to the concepts of right and freedom, which are key concepts in the issues before us today.

This is not an easy topic, but I will try to outline some of the problems which we could then discuss later on.

[Text]

Pour comprendre les distinctions entre «droit et liberté», considérons d'abord la notion de suicide, toujours sur un plan philosophique. L'on sait que la tentative de suicide a été décriminalisée au début des années 1970. Ceci a fait dire à certains et certaines et à tort, que le suicide était légal, que le suicide était un droit.

Je ne suis pas juriste mais il me semble que le suicide n'est pas reconnu par un article de loi ni par les Chartes québécoise et canadienne. Si tel était le cas, on me dirait que le suicide est légal.

Quand la loi ne dit rien, c'est que la conscience doit décider. C'est ce qui se passe présentement avec le suicide. Même chose pour l'avortement.

Jean-Louis Baudouin et moi-même avons réfléchi à cette question, la décriminalisation de la tentative de suicide dans notre livre. Je vous renvoie à la page 5 du document, à la citation que je vais vous lire:

Ce faisant....

On parlait de la décriminalisation.

...il (le gouvernement canadien) n'entendait sûrement pas consacrer un droit à la mort, ni implicitement ranger la tentative de suicide dans la catégorie des actes conformes à l'ordre public, ni surtout légitimiser moralement celle-ci (la tentative de suicide). Il voulait tout simplement renoncer à sanctionner pénalement une conduite ressortissant mieux de la liberté individuelle et de la vie privée. (...) Le geste est simplement un corollaire du respect dû à liberté individuelle et de la reconnaissance d'une zone, d'une sphère d'intimité où l'État ne doit pas intervenir.

Dans notre esprit, le suicide répond à une liberté qu'un individu se donne quand il choisit de disposer de lui-même. Ce geste n'engage que lui.

Or, une liberté sur le plan philosophique n'est pas un droit. Alors, qu'est-ce qu'un droit moral? Un droit moral représente quelque chose qui m'est dû en tant que personne humaine, quelque chose qui m'est nécessaire pour me réaliser.

Le dû relève en quelque sorte d'une nécessité ontologique où les droits humains correspondent aux conditions d'épanouissement communes pour toutes les personnes humaines.

Le fait de souffrir, d'être atteint de telle ou telle maladie, n'est pas une condition commune à toutes les personnes humaines. Le droit est donc un bien que je revendique pour m'épanouir comme être humain.

Comme vous le savez certainement, l'existence d'un droit comporte toujours le corollaire, qui est l'obligation morale du respect de ce droit. À chaque droit correspond un devoir. Le tandem «droit et devoir» s'inscrit dans les rapports de réciprocité des individus. Donc, il y a une notion sociale qui est rattachée aux notions de droit et de devoir.

Il ne faut tout de même pas oublier le contexte social actuel qui valorise fortement l'individualisme, qui valorise énormément le libéralisme et l'individu revendicateur de droits. On entend davantage parler de «citoyen à droit» que de «citoyen à devoir».

[Traduction]

To understand the distinctions between right and freedom, we should first look at the notion of suicide, always from a philosophical perspective. We know that attempted suicide was decriminalized in the early seventies. This led some people to say, erroneously, that suicide was legal and that it was a right.

I am not a lawyer, but it seems to me that suicide is not recognized by law or by the Quebec and Canadian charters. If that were the case, I would be told that suicide is legal.

If the law is silent, conscience must decide. That is happening today in the case of suicide and abortion is another example.

Jean-Louis Baudouin and I reflected on the decriminalization of attempted suicide in our book. I may refer you to page 5 of the brief, to the following passage:

In doing so —

The subject is decriminalization.

— it (the Canadian government) certainly did not intend to enshrine a right to death or implicitly categorize attempted suicide as an act that is within the law or give it (attempted suicide) more legitimacy. It simply wanted to stop imposing criminal sanctions on behaviour that was more within the realm of individual freedom and privacy. (...) This decision is simply the corollary of respect for individual freedom, the recognition of private areas where the State should not intervene.

In our opinion, suicide is a freedom an individual takes when he decides to dispose of his own life. This act involves him alone.

From the philosophical perspective, however, freedom is not a right. So what is a moral right? It represents something to which I am entitled as a human being, something I need for my self-fulfilment.

This entitlement arises as it were from an ontological need, in which human rights correspond to conditions for fulfilment that are the same for all human beings.

To suffer, to be stricken by a given disease is not a condition common to all human beings. In other words, a right is something I claim in order to fulfil myself as a human being.

As we know, the existence of a right always has a corollary, which is the moral obligation to respect that right. Every right has a corresponding duty. Rights and duties are the stuff of reciprocity between individuals. In other words, the concepts of right and duty have a social significance.

However, we should remember that today's social context tends to stress individualism, liberalism and individual rights. There is more talk about citizen's rights than citizen's duties.

[Texte]

Il arrive même que des désirs soient revendiqués et les désirs s'enracinent aux libertés individuelles. Il arrive donc que des désirs soient revendiqués au même titre que les droits. C'est ce que l'on vient de voir avec l'exemple de Sue Rodriguez, récemment.

Je suis bien consciente du caractère académique de ces distinctions mais il est très important de faire les distinctions entre «besoins et désirs» et distinguer «droits et libertés».

Un des principaux arguments, sinon le principal argument, pour l'euthanasie et l'assistance au suicide est la reconnaissance du principe de l'autonomie. Ce principe représente certainement un acquis important pour notre pays. Néanmoins, il s'est produit une transformation, le principe s'est transformé en apologie du choix.

Pour discuter de cette idée, je vous citerai brièvement les propos de Charles Taylor, qui est philosophe et politologue à l'Université McGill. La citation est en page 7 du document. Charles Taylor dit:

Dans certaines de ses formes, ce discours tourne à une apologie du choix pour lui-même: toutes les options se valent, parce qu'elles se font librement et que le choix leur confère à lui seul une valeur. Le principe subjectiviste qui sous-entend le relativisme doux est manifestement à l'oeuvre ici. Mais du coup se trouve niée l'existence d'un horizon pré-existant de signification, grâce auquel certaines choses valent plus que d'autres ou certaines rien du tout, préalablement à tout choix.

Une dernière citation de Taylor, en page 8. Il dit:

L'idéal du libre choix suppose donc qu'il y ait d'autres critères de sens au-delà du simple fait de choisir. Cet idéal ne vaut pas pour lui-même: il exige un horizon de critères importants qui aident à définir dans quelle mesure l'autodétermination est signifiante.

Bref, le principe d'autonomie s'inscrit dans un contexte social qui est porteur de valeurs. C'est ce contexte social qui va permettre de donner un sens à l'autonomie.

Alors, la question, quand on parle d'euthanasie et d'assistance au suicide, c'est de savoir quelle valeur est accordée à l'autonomie. Est-ce que l'autonomie représente une valeur absolue ou bien une valeur importante?

L'assistance au suicide, droit ou liberté? Le suicide, comme je vous le disais, est une liberté. Il s'inscrit comme un acte privé tandis que l'assistance au suicide s'inscrit dans la sphère sociale. En plus, on engage un tiers, on crée un devoir à autrui. Ce que l'on retrouve avec l'assistance au suicide c'est la transformation d'une liberté en droit qui, à son tour, imposera un devoir.

La question que je pose est la suivante: Si le suicide est une liberté, comment peut-il se transformer en droit? Bien entendu, il n'existe aucune justification valable au fait de laisser souffrir une personne mourante. Un médecin devrait pouvoir administrer sans crainte de poursuites tous les soins requis par l'état d'un

[Translation]

Sometimes claims are made for desires, which become part of individual freedoms. In other words, desires are claimed as if they were rights. We saw this in the case of Sue Rodriguez not long ago.

I am aware of the academic nature of these distinctions, but it is very important to make a distinction between needs and desires and between rights and freedoms.

One of the main arguments if not *the* main argument in favour of euthanasia and assisted suicide is recognition of the principle of autonomy. This principle, which is certainly important for our country, has now become an apology of individual choice.

To elaborate on this concept, I will quote briefly what was said by Charles Taylor, a philosopher and political scientist at McGill University. The quote is from page 7 of my brief. Charles Taylor says:

In some cases, this argument turns into an apology of choice for its own sake: all choices are valid because they are made freely and their very making gives them value. The subjective principle underlying soft relativism is clearly at work here. This, however, denies the existence of a pre-existing horizon of meaning, according to which some things are more valuable than others or some have no value at all, before any choice is made.

One more quote from Taylor, on page 8. He says:

The ideal of free choice presupposes there are other criteria beyond the simple fact of choosing. This ideal does not apply to itself: it requires a horizon of important criteria that help define to what extent self-determination is significant.

In other words, the principle of autonomy must be seen as part of a social context that has certain values. It is this context that will give meaning to autonomy.

When we are talking about euthanasia and assisted suicide, we want to find out what value is given to autonomy. Is autonomy an absolute value or an important value?

Assisted suicide: right or freedom? As I said earlier, suicide is a freedom. It is seen as a private act, while assisted suicide is seen as a social act. A third party is involved and a duty is created for someone else. In the case of assisted suicide, a freedom is transformed into a right, which in turn imposes a duty.

My question is this: If suicide is a freedom, how can it turn into a right? Of course there is no valid justification for letting a dying person suffer. A physician should be able to administer, without threat of legal proceedings, any treatment required by the condition of a patient, and if there are still any legal ambiguities,

[Text]

patient et si des ambiguïtés juridiques persistent, elles devraient être levées pour permettre au médecin de donner tous les soins possibles à leurs patients.

En conclusion sur ce point, l'aide au suicide du malade en phase terminale pourrait être humainement compréhensible. Mais doit-on parler d'assistance au suicide quand il s'agit du soulagement de la souffrance ?

Aussi, il ne faut pas oublier que la décriminalisation de l'aide au suicide pose une difficulté importante, à savoir, qu'il devient très difficile de séparer l'assistance au suicide de l'euthanasie proprement dite. Sur le plan moral, philosophique et juridique les frontières sont très minces. En reconnaissant l'assistance au suicide, il est très probable que l'on légitimise du même coup l'euthanasie.

Ceci nous conduit au troisième et dernier point concernant deux expressions qui sont distinctes : Le droit à la mort et le droit de mourir. Ce sont des expressions qui sont utilisées indifféremment dans le discours. Je vais essayer de définir chacune d'entre elles.

Le droit de mourir, c'est le droit communément appelé «le droit de mourir dans la dignité». Ce droit est associé à la réalisation du mourir, le moment venu. Ce droit s'enracine dans le besoin de mourir. La personne est en train de mourir. Par exemple, elle a un cancer, elle est en phase terminale. Il est normal qu'elle puisse mourir sans être prolongée indûment.

Le droit de mourir fait donc référence à la façon de mourir quand le processus est installé. Il s'agit donc de laisser mourir, c'est-à-dire de faire face à l'événement et d'accueillir la condition fatale de la condition humaine.

Toujours dans le contexte du droit de mourir, la personne est considérée comme un être doué d'autonomie. À moins d'une incapacité, une personne qui est capable d'exercer des choix.

C'est ici que l'on retrouve le droit de refuser des soins et des traitements et pour l'illustrer, c'est l'exemple de Nancy B., qui demandait que l'on débranche son respirateur afin de poursuivre son processus de mort qui était déjà installé.

Au droit de refuser des soins et des traitements, l'on retrouve le corollaire, qui est le devoir de ne pas intervenir où l'on a une limitation finalement de l'interférence d'autrui et la personne peut refuser ces soins et traitements.

Alors, voilà pour le droit de mourir, qui est associé au laisser mourir, ce qui est différent du droit à la mort, qui lui est associé au faire mourir.

Je dis bien l'expression «droit à la mort», qui contient comme corollaire le geste de provoquer délibérément la mort. C'est ce droit qui est à l'origine des revendications pour l'assistance au suicide et l'euthanasie.

Le droit à la mort n'a pas été reconnu sur le plan juridique et ne repose pas plus sur des assises philosophiques véritables. Contrairement au droit de mourir, qui fait référence à la façon de mourir, le droit à la mort fait référence à l'intention de mourir.

[Traduction]

these should be removed to allow the physician to give patients all the care they need.

To conclude this particular point, assisting the suicide of a terminal patient might be understandable. But should we call it assisted suicide when it is a matter of providing relief from suffering?

We must not forget that the decriminalization of assisted suicide poses a major problem, because it becomes very difficult to separate assisted suicide from euthanasia as such. From the moral, philosophical and legal perspective, there is a very fine line between the two. Recognizing assisted suicide may very well mean legitimizing euthanasia as well.

This brings us to my third and last point which concerns two distinct terms — the right to death and the right to die — which are used interchangeably in this debate. I will try to define both terms.

The right to die is commonly referred to as the right to die with dignity. This right is associated with the awareness of dying. This right is based on the need to die. If a person is dying of terminal cancer, for instance, it is only normal that he should be able to die without undue life-sustaining treatment.

The right to die refers to the manner of dying once the process has begun. It means allowing someone to die, in other words, to face this event and accept this inescapable fact of our human condition.

When we are talking about the right to die, the individual is considered as an autonomous being — unless he is incompetent or an individual who is capable of making choices.

This includes the right to refuse care and treatment. We have the example of Nancy B., who asked to be taken off her respirator to let the process, which had already started, take its course.

The corollary of the right to refuse care and treatment is the duty not to intervene. In other words, we set limits on intervention by others, and the patient can refuse care and treatment.

So that was the right to die, which is associated with letting a person die, as opposed to the right to death, which is associated with causing to die.

The term right to death brings as its corollary the act of deliberately causing death. This right is at the root of current demands for assisted suicide and euthanasia.

The right to death has not been legally recognized and has no genuine philosophical basis. Unlike the right to die, which refers to the manner of dying, the right to death refers to the intention of dying.

[Texte]

Le processus de mortalité est alors induit par un tiers. On retrouve à ce moment-ci la différence entre le cas de Nancy B. et de Sue Rodriguez où Nancy B. demandait qu'on la laisse mourir. Sue Rodriguez demandait que l'on induise le processus de mortalité.

Il faut bien réaliser que le questionnement entourant toutes les questions du droit à la mort renvoie véritablement la souffrance des personnes mourantes. Il ne faut pas négliger la souffrance des soignants qui sont engagés envers leurs malades et aussi confrontés à leurs limites.

Ce n'est pas facile d'être le témoin impuissant de la douleur et de la mort d'autrui. Mais la question que je pose c'est: Est-ce que l'on doit toujours agir? Faut-il toujours faire quelque chose?

En résumé, il existe des distinctions importantes entre le droit de mourir et le droit à la mort. Dans un cas, l'on a l'idée de laisser mourir, par opposition à faire mourir. Donc, le processus de mortalité est induit avec le droit à la mort.

Avec le droit de mourir, il s'agit davantage de non-intervention et de palliation. Avec le droit à la mort, il s'agit davantage d'intervention.

Dans mon esprit, le droit de mourir c'est un droit humain fondamental. Le droit à la mort demeure une expression.

Pour terminer — et les idées sont davantage développées dans la deuxième partie du document — j'aimerais insister sur l'importance de la réappropriation de la mort que l'on a totalement évacuée, occultée, en cette fin de siècle, comme si l'on ne devait pas mourir, comme si l'on ne devait pas souffrir.

La réappropriation de la mort par l'euthanasie n'est ni nécessaire ni inéluctable. Reconnaître l'euthanasie, d'ailleurs, serait sans doute la suite logique de la reconnaissance de l'assistance au suicide.

Mais quand la société prendra conscience que le demande d'une reconnaissance d'un droit à la mort se traduit par un désir de mourir dans la dignité et selon les volontés des personnes concernées, elle pourra développer activement des moyens qui vont rétablir la mort en tant que phénomène naturel et inévitable.

C'est à ce moment probablement que l'humanisation occupera une grande partie du territoire des revendications.

En conclusion, la revendication d'un droit à la mort est l'indice du malaise d'une société qui a évacué le sens de l'être humain et avec lui, le sens de la mort.

Une réflexion sur la mort pose la question des valeurs d'une société. C'est également l'occasion pour l'État de réaffirmer des valeurs oubliées — je dirais dévaluées — comme la solidarité et le sens de l'autre.

La compassion dont on parle tellement retrouvera peut-être sa signification première, qui est l'habileté de souffrir avec, ce qui est très exigeant.

Je vous remercie.

[Translation]

The process, in this case, is initiated by a third party. Here we see the difference between the case of Nancy B. and that of Sue Rodriguez. Nancy B. asked to be allowed to die. Sue Rodriguez asked for someone to start the actual process.

We must understand that the debate around the legal aspects of the right to death centres on the suffering of the dying. We must not, however, overlook the suffering of care-givers who are very much involved with their patients and have to face their own limits.

It is not easy to be a helpless witness to the suffering and death of an individual. My question is this: Must we always take some kind of action? Must we always do something?

Briefly, there are major distinctions to be made between the right to die and the right to death. In the first instance, we have the concept of allowing to die as opposed to making a person die. In other words, the process of dying is induced, with the right to death.

In the case of the right to die, it is more a matter of non-intervention and palliative care. With the right to death, it is more a matter of intervention.

As I see it, the right to die is a fundamental human right. The right to death remains an expression.

In concluding — these concepts are discussed in greater detail in the second part of the paper — I would like to stress the need to reappropriate death, which has been totally hidden and banned from our lives as we approach the end of this century, as if we were not supposed to die or suffer.

Reappropriating death through euthanasia is neither necessary nor inevitable. Recognizing euthanasia, however, would probably be a logical consequence of recognizing assisted suicide.

When society realizes that advocating recognition of the right to death reflects a desire to die with dignity, in accordance with the wishes of the persons concerned, it will be able to actively develop ways to reinstate death as a natural and unavoidable phenomenon.

At that point, humanization will probably be the main focus of this debate.

In concluding, demanding the right to death is an indication of a malaise in a society that has lost the meaning of being human and in doing so, the meaning of death.

A reflection on death raises the question of a society's values. It is also an opportunity for the State to reemphasize forgotten and, I would even say, bankrupt values like solidarity and awareness of others.

Compassion, which is such a popular term, may recover its initial meaning, the ability to suffer with, which is a very demanding activity.

Thank you.

[Text]

Le sénateur Beaudoin: Je désire, au départ, vous féliciter pour ce mémoire qui m'apparaît excellent et très clair. J'aime beaucoup les mémoires qui commencent par mettre l'accent sur les définitions. C'est ce qui manque le plus. Quand on définit les termes, il me semble que l'on peut en arriver à des conclusions plus rapidement et aussi de façon plus logique.

Pour ce qui est des cas de Nancy B. et de Sue Rodriguez, je pense qu'il y a une distinction très claire entre les deux. Dans le cas de Sue Rodriguez, c'est un suicide assisté et peut-être, je ne le sais pas... vous me répondrez si vous êtes en accord ou en désaccord... c'est peut-être une forme quelconque d'euthanasie, le suicide assisté.

Dans le cas de Nancy B., c'est la personne qui dit: Je vais mourir. Je ne veux pas que l'on prolonge ma vie indûment. Je demande que l'on décroche les appareils, si l'expression est juste.

Je ne vois aucune difficulté dans le cas de Nancy B. Cela m'apparaît très clair en droit. Sue Rodriguez, c'est un peu plus compliqué.

J'ai lu les travaux de la Commission de réforme du droit sur ce sujet. Je pense que le juge en chef Lamer, à l'époque, travaillait pour la Commission de réforme du droit avec le juge Jean-Louis Baudouin.

Dans le cas de Sue Rodriguez, le juge Lamer est dissident. À ce moment-là, il a dit: Si quelqu'un peut commettre un suicide, si quelqu'un a la liberté de commettre un suicide, vous faites une distinction entre «droit et liberté» parce que, à tout droit, correspond une obligation.

Alors, si quelqu'un a la liberté de commettre un suicide, il faut permettre à la personne handicapée de demander l'aide au suicide. À cela vous répondez: Bien, là, c'est un pas nouveau parce que la personne qui demande une aide c'est peut-être une forme d'euthanasie.

J'aimerais savoir ce que vous pensez, exactement. C'est ma première question. J'en aurai une autre ensuite.

Mme Blondeau: Je ne sais pas comment on pourrait arriver à faire la distinction entre l'assistance au suicide et l'euthanasie. Peut-être que théoriquement parlant, il y en aurait mais sur le plan philosophique, moral, il n'y a pratiquement pas de différence.

Le sénateur Beaudoin: Il y en a peut-être une en ce sens que quelqu'un qui est sur un lit d'hôpital et qui dit: «écoutez, j'en ai marre, je veux mourir, docteur donnez-moi une injection, etc.?» Alors que dans le cas de Sue Rodriguez, c'est une femme qui souffre d'une maladie terrible et qui se dit qu'à un moment donné, elle pourra commettre un suicide mais qu'elle va attendre et quand elle verra que la souffrance est intolérable ou l'angoisse elle demandera à quelqu'un de l'assister. Il y a un acte plus positif et l'acte d'un tiers dans l'euthanasie. C'est peut-être la seule différence que je vois.

Mme Blondeau: C'est délicat l'histoire de Sue Rodriguez parce qu'il y a plusieurs détails qui nous échappent. Comment cela s'est passé réellement sur son lit de mort, on ne le sait pas.

[Traduction]

Senator Beaudoin: First of all, my congratulations on an excellent and very clear brief. I appreciate briefs that start by setting up the definitions. That is what we need most. It seems to me that if the terms are defined, we can draw conclusions much faster and a lot more logically.

As for the cases of Nancy B. and Sue Rodriguez, I think there is a very clear distinction between the two. In the case of Sue Rodriguez, we have an assisted suicide and, I am not sure, but tell me whether or not you agree, assisted suicide may be a form of euthanasia.

In the case of Nancy B., the individual says: I am going to die. I do not want my life to be unduly extended, and I want to be taken off the machine, if that is the right term.

I see no problems in the case of Nancy B. I think that is a clear-cut case. Sue Rodriguez is a bit more complex.

I read what the Law Reform Commission wrote about the subject. I believe that at the time, Chief Justice Lamer was working for the Law Reform Commission with Justice Jean-Louis Baudouin.

In the case of Sue Rodriguez, Justice Lamer held a dissenting opinion. At the time, he said: If a person can commit suicide, if a person is free to commit suicide, you are making a distinction between right and freedom, because every right has a corresponding obligation.

If a person has the freedom to commit suicide, a disabled person must be allowed to ask for assistance. Then you say: Well, that is something else, because when a person asks for assistance, it is perhaps a form of euthanasia.

I would like to know exactly what your thoughts are. That is my first question. I will have another question later on.

Ms Blondeau: I do not know how we could make a distinction between assisted suicide and euthanasia. Theoretically speaking, perhaps, but from a philosophical and moral perspective, there is practically no difference.

Senator Beaudoin: There may be a difference. For instance, for a person who is lying in the hospital and says: Listen I have had enough, I want to die, doctor, please give me an injection, and that sort of thing. While in the case of Sue Rodriguez, we have a woman suffering from a terrible disease, who says that at a given time she might commit suicide but would rather wait until the suffering and anguish becomes unbearable and ask someone to assist her. Euthanasia involves a more positive act, by a third party. That is probably the only difference I can see.

Ms Blondeau: It is difficult to judge the case of Sue Rodriguez because there are a number of details we do not know. We do not know what really happened on her death bed.

[Texte]

Le sénateur Beaudoin: On ne le sait pas et on ne le saura peut-être jamais.

Mme Blondeau: Non mais je ne vois pas tellement de différence si c'est un tiers qui donne la piqûre finale ou qui donne le pot de médicament. Le résultat est le même, l'intention est la même aussi. Dans les deux cas pour moi, on procède du droit à la mort. La distinction que je fais, c'est par rapport au droit de mourir. Pour ce qui est de l'euthanasie et de l'assistance au suicide, je trouve cela très très proche l'un de l'autre. Il y a toujours un tiers qui intervient.

Le sénateur Beaudoin: Ma deuxième question est sur le testament de vie. Un homme ou une femme peut déclarer dans un testament: Si jamais je perds ma conscience humaine, si je deviens légume pour employer une expression, j'aimerais que l'on m'euthanasie. La personne au moment de son testament peut être par définition en parfaite santé et dire carrément, si cela m'arrive, je ne veux pas demeurer dans cet état pour 30 ans, je veux que l'on m'euthanasie. On me dit que c'est le cas du célèbre docteur d'Afrique du sud, Barnhardt, qui avait fait un pacte avec son frère. Personne ne doute que ce soit des gens en parfaite santé mentale et physique. Que pensez-vous de ce testament de vie?

Mme Blondeau: Sur un plan, si on regarde l'origine du testament de vie qui nous arrive des Etats-Unis, c'était davantage pour contrer l'acharnement thérapeutique et aussi pour mettre un terme aux poursuites contre des médecins parce que le système aux Etats-Unis est un système privé où l'acharnement thérapeutique risque de coûter cher aux familles et le médecin se trouvait dans une mauvaise position de maintenir un traitement ou de l'interrompre car il craignait la poursuite de la famille.

A ce moment, le papier permettait de clarifier en mettant cela par écrit.

Le sénateur Beaudoin: Si c'est cela, je trouve cela très acceptable. Je lisais l'autre jour dans les mémoires de l'abbé Pierre qui est sûrement un grand chrétien, un homme très religieux, un saint homme, je pense qu'il n'y a aucun doute, et il disait: «J'espère que l'on utilisera pas sur ma personne l'acharnement thérapeutique». C'est tout de même un saint homme qui dit cela. Je ne vois pas de difficultés. C'est plein de bon sens. Aux États-Unis, il y a beaucoup de gens qui poursuivent les médecins. Cela coûte une fortune aux médecins. Les médecins commencent à avoir très peur et se demandent si en posant tel acte ils ne vont pas être poursuivis jusqu'en cour Suprême des États-Unis. Cela coûte très cher. Si les gens font des testaments pour des raisons comme celles-là, je comprends. Mais si c'est un testament à la Barnhardt par exemple, c'est un peu plus compliqué. C'est une question de libre arbitre. Qu'est-ce qu'on fait dans un cas comme celui-là? Quelle est votre opinion?

Mme Blondeau: Je dois dire qu'il y a une évolution entre ce que le testament de vie était à l'origine et la façon dont il est utilisé présentement. Il reste que si au départ, c'est pour contrer l'acharnement thérapeutique, le testament de vie semble être une très bonne chose. On est d'accord avec cela. Sauf qu'actuelle-

[Translation]

Senator Beaudoin: We do not know, and we probably never will.

Ms Blondeau: No, but I do not see there is much difference whether or not a third party gives the final injection or dose of medication. The result is the same, and the intent is the same as well. As I see it, in both cases, we are talking about the concept of the right to death. The distinction I made was between the right to death and the right to die. As for euthanasia and assisted suicide, I think the two are very closely related. In both cases, a third party intervenes.

Senator Beaudoin: My second question is about the living will. A man or woman can say in a will: If I ever lose my human awareness, if I become a vegetable, to use another term, I would like to be euthanized. At the time the will is made, the individual may be in perfect health and say quite clearly, if that happens to me, I do not want to stay like that for thirty years. I want euthanasia. I am told the famous South African Doctor Barnard made a pact with his brother. There is no doubt that these people are in perfect mental and physical health. What are your thoughts about this living will?

Ms Blondeau: If we look at the background of the living will, which originated in the United States, the purpose was more to prevent aggressive therapy and to put an end to lawsuits against physicians, because in the United States they have a private system, under which aggressive treatment may cost families a lot of money, so that the physician was in the unenviable position of having to decide whether to continue or interrupt treatment, mainly because there was always the threat of a lawsuit by the family.

This piece of paper was a way to clarify this in writing.

Senator Beaudoin: I can certainly go along with that. The other day I was reading the memoirs of Abbé Pierre, who is certainly a great Christian and a very religious and holy man, I do not think there is any doubt about that, and he said: "I hope they will not use aggressive treatment on me". And these are the words of a holy man. I do not see any problems. It makes very good sense. In the United States, a lot of people are suing their doctors. It is costing doctors a fortune. They are starting to worry that if they do this, they might be taken all the way to the Supreme Court of the United States. It costs a lot of money. If people make wills with that in mind, I understand. But a will like Barnard's is a little more complicated. It is a matter of free will. What do you do in a case like that? What is your opinion?

Ms Blondeau: I must say that the living will has evolved considerably from what it was originally. The fact remains that if the primary purpose is to avoid aggressive treatment, the living will seems a very good idea. We can agree with that. Today, however, the living will seems to be losing ground to the proxy,

[Text]

ment, le testament de vie semble vouloir être dépassé par le mandat parce que justement, dans l'exemple que vous apportiez, dans le testament de vie, on définit une situation future. L'inconnu, on ne le connaît pas habituellement. Alors comment prendre des décisions en étant éclairé quand on parle du consentement éclairé aujourd'hui sur un futur que l'on ignore. C'est une lacune que je vois au testament de vie tandis que le mandat, et Keyserlingk va parler d'une deuxième génération, the advanced directive, c'est le terme américain pour désigner testament de vie et mandat et il parle d'une deuxième génération en disant que le mandat est mieux adapté parce que le mandataire connaît la situation clinique. Il va prendre des décisions sur la situation clinique qui elle est connue contrairement au testament de vie, à moins de remettre à jour quotidiennement son testament de vie quand on est lucide.

Le sénateur Beaudoin: Pour revenir au suicide, j'aime bien votre distinction entre la liberté et le droit. On peut avoir la liberté de faire une chose et cela ne veut pas nécessairement dire qu'on en a le droit. Si j'ai le droit de faire quelque chose, une autre personne a l'obligation de respecter mon droit. J'aime bien ces raisonnements juridiques. Je trouve cela bien intéressant. En ce sens, le suicide assisté et le suicide, ce n'est pas pareil.

Le sénateur Lavoie-Roux: Est-ce que je peux vous interrompre?

Le sénateur Beaudoin: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous entends dire et répéter suicide assisté et moi j'allais remercier notre témoin de nous avoir enfin trouver une traduction qui est française, l'assistance au suicide. C'était si simple. Je me suis creusée la tête et je me suis dit: Qu'est-ce que c'est que cela le suicide assisté? C'est une traduction de «assisted suicide». C'est pour vous dire qu'à partir de maintenant, vous devriez parler de l'assistance au suicide. J'arrête ici mes commentaires et je m'excuse de vous avoir interrompu.

Le sénateur Beaudoin: Il faut que je retrouve mon idée maintenant. J'ai un tel culte pour la langue française que je suis tout à fait prêt à parler de l'assistance au suicide plutôt que du suicide assisté. De toute façon, il faut éviter ces participes passés avec les noms. L'assistance au suicide d'après vous serait plus près de l'euthanasie que du suicide.

Mme Blondeau: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Comme un expert est venu nous dire l'autre jour, l'assistance au suicide et l'euthanasie ne sont pas du suicide mais de l'homicide. C'est ce qu'il disait. C'est peut-être un peu fort. Je dis ça entre guillemets. Il y a une différence entre les deux. C'est toujours la même chose. Qu'est-ce qu'on fait du libre arbitre. Quand je pense à ces choses, la difficulté que j'ai, c'est le consentement d'une personne. Les gens viennent devant nous et parlent du slippery slope. Si on fait telle chose, on s'engage et il va y avoir nécessairement des abus. Ils ont probablement raison de dire cela. Je voudrais avoir d'autres arguments que cela. Une chose est bonne ou elle ne l'est pas, elle est acceptable ou elle ne l'est pas. On a résolu la question du suicide. Elle est facile à résoudre parce que c'est une liberté même si ce n'est pas un droit. L'autre n'est pas résolue. Une

[Traduction]

because in your example, in a living will, a situation in the future is defined. Usually, we do not know what the future holds in store. So how can we make informed decisions, since we are talking about informed consent today to something that may or not happen? That is one of the drawbacks of the living will, while the proxy — Keyserlingk refers to a second generation, the advanced directive, which is the U.S. term for living wills and proxies, and he says that the proxy is a better solution, because the agent is familiar with the clinical situation. He will make decisions on the basis of a clinical situation that is known, which is not the case with a living will, unless one is prepared to update one's living will daily, while one is still able to do so.

Senator Beaudoin: To get back to suicide, I like your distinction between freedom and right. We can have the freedom to do something, but that does not necessarily mean we have the right. If I have the right to do something, others have an obligation to respect my right. I like these legal arguments. This is very interesting. By the same token, assisted suicide and suicide are not the same.

Senator Lavoie-Roux: May I interrupt?

Senator Beaudoin: Yes.

Senator Lavoie-Roux: I heard you say "suicide assisté" several times, and I was going to thank our witness for at last finding a good French translation, "assistance au suicide". It was as simple as that. I kept wondering about this "suicide assisté", and of course, it is a translation of assisted suicide. My point is that from now on, you should say "assistance au suicide". That is all I had to say, and I apologize for interrupting.

Senator Beaudoin: I think I lost my train of thought. I have the greatest respect for the French language, however, and I am quite willing to refer to "assistance au suicide" instead of "suicide assisté". In any case, we should avoid using nouns qualified by past participles. According to you, assisted suicide would be closer to euthanasia than suicide.

Ms Blondeau: Yes.

Senator Beaudoin: As an expert witness told us the other day, assisted suicide and euthanasia are not suicide but homicide. That is what he said. This may be going a little too far, and I said this in quotes. There is a difference between the two. The problem is always the same. What do you do about free will? When I think about these things, I have a problem with individual consent. People appear before us and talk about the slippery slope. If we do something, we are committed, and of course there will be abuse. They are probably right to say that, but I need better arguments than that. Something is either good or it is not, it is either acceptable or unacceptable. We have resolved the issue of suicide. It is easy to resolve because it is a freedom, even if it is not a right. The other issue remains unresolved. A person may wish to resort to this method. You say that the answer is not to legislate

[Texte]

personne peut vouloir y recourir. Vous dites que la solution n'est pas pas de faire une loi, n'est pas de légiférer, mais d'éviter l'acharnement thérapeutique. La solution c'est de développer des soins palliatifs, ce n'est pas d'intervenir. Est-ce que je comprends bien votre exposé?

Mme Blondeau: De ce point de vue, oui, c'est ce que j'ai dit. Je ne crois pas qu'il faudrait décriminaliser l'assistance au suicide même si on peut comprendre dans certaines circonstances.

Le sénateur Beaudoin: On laisserait le Code criminel tel qu'il est pour le moment.

Mme Blondeau: Je ne suis pas juriste mais apparemment l'assistance au suicide n'est pas définie. Il faudrait la définir précisément pour soulager les médecins dans l'administration des soins palliatifs. Apparemment il y a une crainte de poursuite.

Le sénateur Beaudoin: C'est intéressant, ceci voudrait dire que dans le Code criminel, il faudrait parler de l'assistance au suicide et non pas se contenter de la définition actuelle qui existe.

Mme Blondeau: Il faudrait la préciser pour permettre l'administration des soins palliatifs sans crainte parce que soulager une personne qui souffre, ce n'est pas de l'euthanasie. On parle à tort d'euthanasie passive, mais là on évolue et notre contexte social se prête à autre chose.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je suis assez contente, vous ne pouvez pas savoir comment.

Mme Blondeau: Vous avez l'aide au suicide aussi.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela me faisait mal au coeur à chaque fois d'entendre: suicide assisté. Il doit y avoir une autre expression que le suicide assisté me disais-je. Je vous remercie. Je trouve très intéressant les définitions et les nuances que vous apportez à chacun des termes comme le droit à la mort, le droit de mourir, la liberté, la question de l'autonomie, des concepts qui ont été apportés à plusieurs reprises pour défendre une thèse ou l'autre. Je ne sais pas madame la présidente si je dois vous demander la permission pour ceci: Est-ce qu'on a le droit de demander à un témoin de commenter le jugement du juge en chef de la cour Suprême?

Le sénateur Beaudoin: Pourquoi pas, bien sûr.

Le sénateur Lavoie-Roux: On m'a enseigné à avoir beaucoup de respect pour la cour Suprême.

The Chairman: The witness may not want to answer, but you may certainly ask the question.

Le sénateur Lavoie-Roux: Tout le monde a vu ou lu le jugement de la cour Suprême dans le cas Rodriguez. Je ne suis pas philosophe, du point de vue du bon sens, c'était un peu extravagant comme dissidence le fait que, et c'est là qu'on rejoint vos définitions, tous les individus ont le droit de se suicider alors que c'est la liberté de se suicider, voyez-vous comme on se raffine, et il dit: Vous madame, vous avez le droit de vous suicider demain matin et mon pauvre voisin qui est très malade lui, il faut que quelqu'un l'aide à se suicider.

[Translation]

but to avoid aggressive treatment. The answer is to develop palliative care, not to intervene. Am I correct?

Ms Blondeau: On that particular point, yes, that is what I said. I do not think we should decriminalize assisted suicide, even if it is understandable in certain circumstances.

Senator Beaudoin: We would not touch the Criminal Code for the time being.

Ms Blondeau: I am not a lawyer, but apparently there is no legal definition of assisted suicide. It would have to be defined, for the benefit of physicians involved in palliative care.

Senator Beaudoin: That is an interesting point. This means that in the Criminal Code we would have to refer to assisted suicide instead of making do with the current definition.

Ms Blondeau: It would have to be clarified to allow physicians to administer palliative care without fear, because alleviating a person's suffering is not euthanasia. People are wrong when they refer to this as passive euthanasia, but times are changing, and society is ready for a change.

Senator Lavoie-Roux: You have no idea how glad I am.

Ms Blondeau: There is also the term "aide au suicide".

Senator Lavoie-Roux: It really bothered me to hear people say "suicide assisté". I was sure there was a better term. Thank you very much. I was very interested in the definitions and the distinctions you made between terms like the right to death, the right to die, freedom, the issue of autonomy—concepts that have been used repeatedly to defend certain positions. Madam Chairman, I do not know whether I need your permission. Do we have the right to ask a witness to comment on a judgment by the Chief Justice of the Supreme Court?

Senator Beaudoin: Why, of course.

Senator Lavoie-Roux: I was brought up to have a great deal of respect for the Supreme Court.

La présidente: Le témoin peut ne pas vouloir répondre mais vous pouvez certainement lui poser la question.

Senator Lavoie-Roux: Everyone has either seen or read the Supreme Court judgment on the Rodriguez case. I am not a philosopher, but from a common sense point of view, the dissenting opinion was somewhat bizarre. It said, and we get back to your definitions, that all individuals have the right to commit suicide. In fact, it should be the freedom to commit suicide—we are getting more sophisticated all the time. It says: Madam, you have the right to commit suicide tomorrow morning, and my poor neighbour, who is very ill, needs someone to help him commit suicide.

[Text]

Le sénateur Beaudoin: Vous ne parlez pas de moi.

Le sénateur Lavoie-Roux: En disant que, si quelqu'un ne lui apporte pas l'assistance ou l'aide nécessaire, il se trouve discriminé...

Le sénateur Beaudoin: Il n'est pas égal devant la loi.

Le sénateur Lavoie-Roux: Pour moi, cela m'apparaît farfelu mais vu qu'il est le juge en chef de la cour Suprême, il est certainement d'une intelligence bien supérieure à la mienne avec des connaissances juridiques bien supérieures aux miennes.

Je me suis dit, je dois être dans l'erreur parce que le droit de se suicider ce n'est pas vrai. A titre d'exemple, si quelqu'un se jette en bas d'une fenêtre, on va essayer de le retenir et on va essayer de comprendre pourquoi il a fait ce geste-là. Peut-être que vous ne voulez pas commenter le jugement du juge en chef de la cour Suprême.

Mme Blondeau: Je peux le commenter dans les grandes lignes. Il y a des choses qui m'ont surprises. Je ne suis pas juriste, cela peut me permettre de dire des choses du point de vue de la philosophie. Ce qui m'a surpris là-dedans c'est de voir qu'on disait que le suicide est un acte légal. J'étais étonnée de voir cela mais je m'en remettais aussi à mon peu de connaissance en droit. J'ai exploré quand même la question de la légalité du suicide parce qu'il est décriminalisé. Je ne le crois pas. C'est un peu pour cela que je disais dans le mémoire ce que j'ai dit. Quand la loi ne dit rien, c'est la conscience qui doit décider. La notion d'égalité, je l'ai remarquée dans le jugement où finalement le droit à la mort était revendiquée au nom de l'égalité. Cela m'a beaucoup surpris parce que cela fait référence aux distinctions que j'ai essayées de faire précédemment à savoir si le suicide est un droit. On peut reconnaître que c'est une liberté, l'état n'intervient pas.

Mais qui a dit que le suicide était un droit. Je trouvais que c'était très rapide de justifier l'assistance au suicide par la notion d'égalité. Quand je disais précédemment que le droit c'est ce qui concerne tous les êtres humains dans ce qu'ils ont en commun. Dans le fait d'avoir telle ou telle maladie, on retrouve l'individu. Tout le monde n'a pas la même maladie. On ne peut pas revendiquer ce droit-là qui devrait être reconnue sur le plan juridique. La maladie de Lou Gehrig ne crée pas un droit en soi parce que ce n'est pas commun à tous les individus. Mais par rapport au jugement de la cour Suprême, les notions de liberté et de droit m'ont frappée. La rationalisation par la dimension de l'égalité, ce n'est pas comme ça que, moi, philosophe, je comprends l'égalité.

Le sénateur Lavoie-Roux: Maintenant, vous avez fait allusion tout à l'heure à la question du testament de vie. Vous avez fait allusion à la question du mandataire. Au Québec, on a le mandat d'inaptitude, et aussi, je ne sais pas si on l'appelle le mandat des fins dernières. Est-ce que lui vous apparaît satisfaisant compte tenu de toutes les nuances que vous avez apportées?

Mme Blondeau: Je dois vous dire que je ne je pourrai pas parler précisément maintenant parce que dans la recherche, nous en sommes à récolter les résultats. On ne les a pas encore traités.

[Traduction]

Senator Beaudoin: You are not referring to me.

Senator Lavoie-Roux: It went on to say that if someone did not give him the required assistance, it was a case of discrimination —

Senator Beaudoin: He is not equal before the law.

Senator Lavoie-Roux: To me it sounds very odd, but I am sure the intelligence and legal knowledge of the Chief Justice of the Supreme Court is far superior to mine.

I thought I must be mistaken, because it is not true that we have the right to commit suicide. For instance, if someone jumps out of a window, people will try to catch him and find out why he did it. You may not wish to comment on the judgment by the Chief Justice of the Supreme Court.

Ms Blondeau: I can comment in very general terms. There are a number of things that surprised me. I am not a lawyer, so I can say things from a philosophical point of view. I was surprised to read that suicide is a lawful act. I was astonished, but I assumed it was a gap in my legal knowledge. I did look into the question of the legality of suicide, since it has been decriminalized. I do not think it is legal. That is one of the reasons for what I said in my brief. If the law is silent, our conscience must decide. As for the concept of equality, I noticed in the judgment that finally, the right to death was claimed on the grounds of equal rights. That surprised me because it refers to the distinctions I tried to make previously to decide whether suicide is a right. We can acknowledge that it is a freedom, since the State does not intervene.

But whoever said suicide was a right? I thought it was rather premature to justify assisted suicide on the grounds of equality. I said earlier that a right concerns, and is common to, all human beings. To be stricken by a given disease is an individual matter. Not everyone has the same disease. One cannot claim that this right should be legally recognized. Lou Gehrig's disease does not of itself create a right because it is not common to all individuals. But as far as the Supreme Court judgment is concerned, I was struck by its concepts of freedom and right. As for arguing on the basis of equality, speaking as a philosopher, that is not my idea of equality.

Senator Lavoie-Roux: Earlier, you referred to the issue of living wills and proxies. In Quebec, we have the "mandat d'inaptitude", and something which I think we call the "mandat des fins dernières". Do you think this is satisfactory, considering all the distinctions you have made?

Ms Blondeau: I am afraid I cannot be more specific today, because we are still collecting the results of our research. They have not been processed yet. They will be available in the fall.

[Texte]

A l'automne les résultats seront disponibles. Sur un plan théorique, le mandat d'une part, parce qu'il est légal, reconnu, il a une valeur officielle au Québec et parce qu'il s'adresse à une réalité clinique connue, le mandat m'apparaît supérieur au testament de vie. De toute façon, ce qu'on peut voir à ce moment par le retour des questionnaires, c'est que les médecins, les professionnels de la santé ne se sentent pas liés au testament de vie, ils disent que ce n'est pas légal.

Le sénateur Lavoie-Roux: Est-ce qu'ils réagissent différemment au mandat?

Mme Blondeau: J'ai vu quelques commentaires dans les questionnaires reçus. On n'a pas encore traité les résultats. Les personnes vont dire que le mandat c'est légal, quand ils savent que c'est un document qui est légal. Tout le monde ne le sait pas encore.

Le sénateur Lavoie-Roux: Enfin, c'est la protection que l'on souhaite rechercher pour protéger les professionnels de la santé contre le retrait d'un traitement, l'acharnement thérapeutique, et cetera. Est-ce que selon vous le mandat pourrait protéger les professionnels de la santé contre des recours éventuels de la famille ou de quiconque?

Mme Blondeau: J'ai l'impression qu'on verse un peu dans le domaine juridique.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous préférez ne pas vous prononcer.

Mme Blondeau: Je me sens moins à l'aise avec cela. Le mandat, comme document, me paraît supérieur au testament de vie. Tout dépend, effectivement, de ce que l'on en fait et comment le mandataire va interpréter aussi les volontés de la personne. Si les décisions sont prises dans les intérêts des bénéficiaires, il n'y a pas de problème, mais ce n'est pas selon ses valeurs.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais ensuite, vous pouvez choisir votre mandataire aussi.

Mme Blondeau: C'est cela.

Le sénateur Lavoie-Roux: Et le choisir à un moment de votre vie où vous connaissez bien le mandataire et vous lui faites confiance.

Pour le reste, je vais relire votre document attentivement. Je pense que cela va nous aider dans les définitions. Pour moi, cela m'aide à répondre à plusieurs questions qui ont été posées ici.

Mme Blondeau: J'en suis bien contente.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci.

Le sénateur Corbin: Merci, madame la présidente.

Vous manifestez énormément d'inquiétude par rapport à ce qui se passe aux Pays-Bas couramment. Vous n'y allez pas par quatre chemins, d'ailleurs. Vous employez des expressions assez fortes telles que «des bavures». Vous faites référence à la «pente dangereuse» ou «glissement inquiétant», «aux dérapages», et cetera.

Le sénateur Lavoie-Roux: À quelle page vous référez-vous?

Le sénateur Corbin: Je suis aux pages 13 et 14.

[Translation]

Theoretically speaking, a proxy, because it is legally recognized, has official status in Quebec, and since it refers to a known clinical situation, a proxy seems to be better than a living will. In any case, what we have seen so far from the response to our questionnaires is that physicians — the health professionals — do not feel bound by a living will. They say it is not legal.

Senator Lavoie-Roux: And what about the proxy?

Ms Blondeau: I saw a few comments in the questionnaires we got back. We have not yet processed the results. People will say a proxy is legal if they know it is a legal document. Not everyone knows that.

Senator Lavoie-Roux: Well, this is the kind of protection that is needed to protect health care professionals against withdrawal of treatment, aggressive treatment and the rest. Do you think the proxy will be able to protect health professionals against any possible recourse sought by the family or anyone else?

Ms Blondeau: I think we are getting into the legal aspects.

Senator Lavoie-Roux: You would rather not say.

Ms Blondeau: I am not as comfortable in this area. As a document, the proxy would seem to be better than a living will. It all depends how it is used and how the agent interprets the wishes of the individual. If decisions are made in the best interests of the beneficiaries, there is no problem, but not according to the person's values.

Senator Lavoie-Roux: But you can choose your own agent.

Ms Blondeau: That is correct.

Senator Lavoie-Roux: And choose a person you know very well and feel you can trust.

For the time being, I will read your brief again very carefully. I think it will help us with the definitions. As far as I am concerned, it helped me answer several questions we asked here.

Ms Blondeau: I am glad it did.

Senator Lavoie-Roux: Thank you.

Senator Corbin: Thank you, Madam Chairman.

You express considerable concern about what is happening in the Netherlands. In fact, you are quite outspoken about this. You used rather strong terms such as "des bavures". You referred to the slippery slope and similar terms.

Senator Lavoie-Roux: What page is this?

Senator Corbin: Pages 13 and 14.

[Text]

Il y a une phrase, cependant, dont je n'ai pas tout à fait saisi le sens, c'est la fin du paragraphe à la page 14 où vous dites:

Les conséquences sociales liées à la légalisation de l'euthanasie sont lourdes quand la pratique conduit à la perte du caractère volontaire du geste...

Que voulez-vous dire par cela? Je n'ai peut-être pas saisi le fond de votre pensée.

Mme Blondeau: C'est que l'exemple des Pays-Bas nous a démontré qu'il y avait des cas d'euthanasie sans consentement. C'est explicitement à cela que je faisais allusion en disant que si on légalise l'euthanasie, et que l'on se retrouve avec des euthanasies sans consentement, il y a un problème, un problème de dévaluation de la vie humaine. Est-ce que cela répond à votre question?

Le sénateur Corbin: Oui, je comprends mieux maintenant. Je trouve que vous traitez du problème hollandais de façon fort succincte, surtout à la lumière des rapports qui veulent que 15 000 personnes sont euthanasiées annuellement sans leur consentement?

Mme Blondeau: Je dois vous dire que la deuxième partie du mémoire a été traitée plus en raccourci. Je voulais simplement évoquer l'exemple des Pays-Bas pour illustrer que l'on doit encore attendre parce que l'histoire est relativement jeune. Mais déjà, même avec des balises, puis en ayant un contrôle assez serré, il y a des cas d'euthanasie sans consentement.

Les chiffres que j'ai pris, j'ai regretté peut-être par la suite de les avoir mis parce qu'on lit parfois jusqu'à 23 000, 27 000, tout dépend des compilations des résultats que l'on fait. Mais il a été établi qu'il y avait au moins 1 000 cas d'euthanasie sans consentement. Pour le reste, encore une fois, cela dépend de la définition que l'on accorde à l'euthanasie. Alors, il y a des variations dans les chiffres qui sont rapportés, selon les compilations qui ont été faites.

Je regrette d'avoir mis ce chiffre sans plus de nuance parce que j'étais consciente moi aussi que cela a été mis comme cela.

Le sénateur Beaudoin: C'est une citation.

Mme Blondeau: C'est une citation.

Le sénateur Corbin: D'autant plus que c'est une citation, n'est-ce pas? Est-ce que vous êtes en train de nous dire qu'à la lumière d'expériences actuelles aux Pays-Bas qu'il serait prématuré pour nous, au pays, de nous engager dans ce sens-là?

Mme Blondeau: Quand j'évoquais la pente dangereuse, j'évoquais les dangers qui étaient liés à une telle pratique. Je pense que l'histoire pourra peut-être nous apporter davantage de résultats sur la façon de procéder dans les Pays-Bas. Actuellement, je ne me servais pas de leur exemple pour dire que cela fonctionne ou que cela va bien, et décider de l'implanter au Canada. Ce qu'on voit, sur 2 300 cas d'euthanasie volontaire, on a 1 000 cas d'euthanasie sans consentement, dans les chiffres les plus conservateurs. C'est beaucoup.

Le sénateur Beaudoin: C'est beaucoup.

[Traduction]

There is one sentence, however, which I did not quite understand, at the end of the paragraph on page 14, where you said:

The social consequences of legalizing euthanasia are serious when its practice leads to the loss of the voluntary aspect of the act —

What do you mean by that? Perhaps I did not quite follow your train of thought.

Ms Blondeau: We have seen from what happened in the Netherlands that there have been cases of non-consensual euthanasia. I was referring to that specifically when I said that if we legalize euthanasia and we get cases of euthanasia without consent, there is a problem and it is the devaluation of human rights. Does that answer your question?

Senator Corbin: Yes, I am beginning to understand. I think you dealt with the Dutch problem very succinctly, especially in the light of reports that 15,000 people are euthanized annually without their consent.

Ms Blondeau: The fact is, the second part of the brief was not as detailed. I simply wanted to use the Netherlands as an example to show that we should wait and see, because this is still relatively new. Even now, with guidelines and fairly strict controls, there are cases of euthanasia without consent.

As for the figures, I am not so sure I should have used them because sometimes we read about as many as 23,000 or 27,000 cases, depending on the way the surveys are done. In any case, it has been established that there were at least 1,000 cases of euthanasia without consent. As for the other cases, it depends on how one defines euthanasia. So there are some variations in the figures that were reported, depending on the way the results were compiled.

I am sorry I put this figure down without elaborating, because I realized that at the time.

Senator Beaudoin: It is a quote.

Ms Blondeau: Yes.

Senator Corbin: Especially since it is a quote, I would say. Are you telling us that in the light of current developments in the Netherlands, it would be premature for us in this country to go down this route?

Ms Blondeau: When I referred to the slippery slope, I was referring to attendant risks. I think history may tell us more about the way this is being done in the Netherlands. I would not take their example as evidence that this works or is satisfactory and then decide to introduce this procedure in Canada. What we see now is that for 2,300 cases of voluntary euthanasia, we have 1,000 cases of euthanasia without consent, according to the most conservative figures. That is a lot.

Senator Corbin: It certainly is.

[Texte]

Mme Blondeau: Je trouve que c'est beaucoup.

Si vous me permettez un commentaire. Ce que je réalise, c'est que dans le fond, les individus sont très seuls. Je pense que c'est vous tantôt qui avez posé la question ou monsieur ici, en parlant du manque de solidarité. Peut-être que des fois, la demande dans l'assistance au suicide d'être accompagné, c'était pour ne pas être seul.

Finalement, ma réflexion se porte plus à un niveau social où je dis que nos valeurs de solidarité, le sens de l'autre, sont vraiment absentes dans notre société. Une décision dans le sens de l'assistance au suicide, c'est comme de poursuivre dans la logique qui est installée actuellement dans notre trou de crise des valeurs.

Je me disais que c'est peut-être maintenant l'occasion de réaffirmer les valeurs de la société que l'on souhaite. Est-ce que la solidarité et l'autre c'est important pour nous? Pour ces raisons, je ne suggérerais pas que l'on prenne l'exemple des Pays-Bas. Je préférerais un autre modèle de société, un autre projet de société, où les individus, peut-être, auraient moins peur de mourir, moins peur de la solitude, où l'isolement serait peut-être aménagé différemment. Mais on a un problème de société où les individus se retrouvent seuls.

Continuer dans cette logique, c'est comme de se dire que c'est vrai, que cela fait pitié, vous êtes seul, on va vous faire mourir plus vite, vous dérangez. Il y a des personnes âgées, il y a des personnes mourantes, il y a plusieurs personnes qui s'impliquent très mal dans notre cadre de société actuelle.

Le sénateur Corbin: Avez-vous l'impression que le public comprend bien les enjeux de cette question de l'euthanasie à l'heure actuelle? Ils ont été bombardés à droite et à gauche à au moins deux fortes reprises dans les quelques dernières années. N'avez-vous pas l'impression — vous qui êtes philosophe — que l'on crée inutilement un état de crise dans la mentalité des gens avec ces histoires?

Je ne dis pas qu'il faut nier leur existence mais que la couverture médiatique de ces événements a été tellement forte que plusieurs personnes chez nos proches, chez nos parents, chez nos amis, trouvent cela maintenant tout à fait normal. Il y a des gens en santé qui disent toujours que c'est tout à fait normal que quelqu'un rendu à cette extrémité puisse demander de l'aide pour s'enlever la vie. Quelle est votre réflexion là-dessus?

Mme Blondeau: Je crois que j'abonde dans le sens de ce que vous apportez. Il y a des sondages où l'on dit que la majorité est en faveur de l'euthanasie. Mais l'on n'a jamais défini l'euthanasie. On ne sait pas trop à quoi les gens font référence. C'est peut-être à du soulagement de souffrances dans le cadre de soins palliatifs. Les sondages, je crois que sur le plan éthique et rigueur, parfois peuvent être questionnés.

Concernant les médias, je déplore parfois l'agitation qui peut entourer certains cas. L'exemple de Nancy B est d'abord un cas, je crois, qui n'aurait pas dû se retrouver à la cour, surtout pas devant les télévisions et les médias. C'est faire du sensationnalisme facile, quant à moi, sur le dos des vies humaines. Cela me

[Translation]

Ms Blondeau: I think it is.

There is another comment I would like to make. Basically, individuals are very much alone. I think it was you who raised the issue or you, sir, in referring to a lack of solidarity. In some cases, perhaps a request for assisted suicide was really a way to avoid being alone.

Finally, I am very much aware of the social implications when I say that values like solidarity and awareness of others have disappeared from our society. A decision to allow assisted suicide is one more symptom of the lack of values that we are seeing at the present time.

I felt that perhaps now would be the time to emphasize the values of the kind of society we want. Are solidarity and others important to us? That is why I am not suggesting that we follow the example of the Netherlands. I would prefer a different model of society, a society in which individuals would perhaps have less reason to be afraid of dying, of being alone. A society in which isolation would be handled differently. But we have a problem in a society where people end up being alone.

It is almost as though we were saying: It is a shame, you are all alone, we will help you die faster, you are in the way. We have the elderly, the dying, we have many people who are not easily absorbed into our present model of society.

Senator Corbin: Do you have the impression the public really understands what is at stake in the present debate on euthanasia? They have been bombarded with information at least twice in the past few years. Do you not get the impression, you as a philosopher, that we have upset people needlessly with these stories?

I am not saying that we should deny these things happened, but the media coverage of these events was so intense that many people we know, our relatives and friends, now see this as quite normal. We hear perfectly healthy people say it makes sense for someone who has reached that stage to be able to ask for assistance to end his life. What are your thoughts on this?

Ms Blondeau: I think I agree with what you said. According to some surveys, the majority is in favour of euthanasia. We do not know what people really mean by this. They may mean the alleviation of suffering as part of palliative care. I think we could question the ethical and professional approach taken by some of these surveys.

As for the media, I am sometimes appalled by the circus atmosphere around some cases. An example is the case of Nancy B. which should not have come before the courts in the first place, and certainly not before the television cameras and the media. I see this as sensational journalism feeding on human lives.

[Text]

dérange beaucoup. Les médias ne sont pas nécessairement, selon moi, bien renseignés sur les enjeux concernant l'euthanasie.

Il y a probablement une mission pédagogique, que je dirais, à envisager pour éduquer les gens, éduquer même les professionnels de la santé, toutes les personnes à bien définir les réalités, à limiter les histoires d'horreur. Le changement d'attitude ne pourrait pas se produire, je crois, si l'éducation était absente, l'éducation de toute la société.

Le sénateur Corbin: Merci, madame.

Senator Keon: One of our first witnesses was an expert in medical ethics. He gave a long dissertation and concluded that euthanasia is an ethical medical act. He did not advocate that it be legalized, but he concluded that it was an ethical act.

In your opinion, is it an ethical act for a medical person to end the life of another individual?

Mme Blondeau: Si j'ai bien compris votre question, on parle finalement de la mission de la médecine, la médecine avec tous les paramédicaux y inclus. Je pense que la médecine est au service de la vie, pas nécessairement sauver la vie humaine à tout prix, dans n'importe quelles conditions. Mais de suppléer aux insuffisances de la nature, de compléter finalement ce qui est déficitaire et d'accompagner dans le processus de la mort.

Que la médecine se retrouve avec le devoir juridique ou social de donner la mort, je trouve que cela touche beaucoup la crédibilité d'une institution. On voit beaucoup cela en littérature: est-ce que le médecin va être aussi l'agent de la mort? Cela risque de briser les liens de confiance.

De toute façon, je ne crois pas que la société peut s'attendre à ce que la médecine soit indifféremment au service de la vie et de la mort.

Je ne sais pas si je réponds bien à votre question?

Senator Keon: Yes, you have.

The Chairman: Professor Blondeau, I want to continue questioning in the same area. I believe that Senator Corbin, through an earlier witness, Ms O'Connor, raised the possible situation where a terminally ill person that was suffering intractable physical pain would be given increasing dosages of opiates in order to relieve the pain, even though it probably would hasten death. I hope I am quoting Ms O'Connor correctly when she said that she did not regard that as euthanasia. We heard that also from several witnesses and medical practitioners.

Do you agree with that?

Mme Blondeau: Je ne crois pas que c'est une forme d'euthanasie que de soulager la souffrance. C'est une des raisons pour lesquelles je crois que le terme d'euthanasie passive qui auparavant était associée au soulagement de la souffrance, soulagement qui était aussi accompagné d'un abrègement de la vie, n'est plus adapté.

[Traduction]

I find that very disturbing. I do not think the media are necessarily well informed about the implications of euthanasia.

We should probably consider educating the public and even health-care professionals, in fact, everyone, in order to draw a clear picture of the situation and keep these horror stories to a minimum. I do not think attitudes will change unless we educate the public, and this includes all members of our society.

Senator Corbin: Thank you, Ms Blondeau.

Le sénateur Keon: L'un de nos premiers témoins était un spécialiste de l'éthique médicale. Il a fait une longue dissertation et a conclu en affirmant que l'euthanasie était un acte médical éthique. Il ne préconisait pas que l'euthanasie soit légalisée mais a conclu qu'il s'agissait d'un acte éthique.

À votre avis, s'agit-il d'un acte éthique pour une personne pratiquant la médecine de mettre fin à la vie d'une autre personne?

Ms Blondeau: If I understood your question, we are talking about the mission of the medical profession, including all paramedical members. I believe the medical profession is there to serve the cause of life, but not necessarily to save human lives at any cost, no matter what the circumstances. Its mission is to make up for the inadequacies of nature, to provide what is lacking and to accompany the individual during the process of dying.

When the medical profession has a legal or social duty to cause death, I think that undermines the credibility of the institution. This is a frequent theme in literature; will the physician also be the agent of death? This may destroy the relation of trust with the patient.

In any case, I do not think society can expect the medical profession to serve the cause of life and death indiscriminately.

Does that answer your question?

Le sénateur Keon: Oui vous l'avez.

La présidente: Professeure Blondeau, je voudrais poursuivre en vous posant des questions dans le même domaine. Je crois que le sénateur Corbin, s'adressant à un précédent témoin Mme O'Connor, a parlé de la situation théorique où une personne atteinte d'une maladie terminale qui éprouvait une douleur physique incurable recevrait des doses croissantes d'opiacés afin de soulager sa douleur même si cela allait probablement accélérer sa mort. J'espère que je cite Mme O'Connor correctement en disant qu'elle ne considère pas cela comme de l'euthanasie. Nous avons aussi entendu cela de plusieurs témoins et médecins.

Êtes-vous d'accord avec cela?

Ms Blondeau: I do not think to alleviate suffering is a form of euthanasia. That is one of the reasons why I think the term passive euthanasia, previously associated with the alleviation of suffering, to the extent that this also shortened the person's life, is no longer accurate.

[Texte]

La pharmacologie, à une certaine époque, n'était pas aussi développée que maintenant. Les moyens pour contrôler la douleur n'étaient pas aussi développés non plus. Je me dis que si l'on a des moyens pour la soulager la souffrance humaine, on devrait se permettre de soulager. Si cela abrège le moment de la vie, je ne crois pas que l'on agit incorrectement sur le plan moral.

C'est toujours la loi du double effet qui s'applique ici. Il n'en demeure pas moins que l'effet qui est recherché, c'est de soulager la souffrance, même si on raccourcit l'expectative de la vie. Je pense que c'est une pratique humaine, une médecine humaine, que de soulager ses souffrants.

The Chairman: You seem to be able to go so far, and, according to a number of people, it seems to be morally and ethically acceptable to alleviate physical pain to the point of perhaps hastening death. That is acceptable, apparently, within the medical profession and elsewhere today.

Senator Lavoie-Roux: Yes, even by the church.

The Chairman: But when it comes to another type of intractable suffering — and many witnesses have said that a small percentage of people suffer intractable or non-relievable pain — and other forms of suffering, morally and ethically you draw the line there. That is, you do not feel that it is appropriate for them, even though they may be terminally ill as well and are suffering just as much or even more than others who have been treated more humanely. A line is drawn there. There seems to be a discontinuity in the logic and ethics there somewhere. Would you like to comment on that?

Mme Blondeau: Oui. Je pense que vous faites état des personnes qui souffrent, des personnes pour qui la pharmacologie a peu de réponses à offrir. Je suis tout à fait sympathique à ces gens, mais ce dont on parle en ce moment, c'est de souffrances ou des moyens de limiter les souffrances.

Finalement, cela fait état de nos moyens limités. Je ne pense pas que l'on puisse empêcher les gens à 100 p. 100 de souffrir. Je ne pense pas non plus que l'on puisse empêcher les gens de mourir. Je pense que ce que cela rejoint, c'est notre condition humaine de dire que l'on ne peut pas échapper à toute souffrance et à toute douleur. Je ne parle pas du tout d'un point de vue théologique ici. Mais cela fait partie de la condition humaine.

Dans notre société, on en vient à croire qu'il n'y aurait plus de maux, plus de souffrances, plus de maladies. Qui a dit que l'on ne mourait pas? Qui a dit que l'on ne souffrait pas? C'est sûr qu'il reste que ces gens souffrent et je trouve cela déplorable. Peut-être pouvons-nous espérer que la médecine trouvera des solutions. Mais je ne sais pas si un petit nombre peut justifier de faire une loi pour l'ensemble d'une société. Je ne sais pas comment l'on pourrait traiter ces cas difficiles. Je suis très consciente de ce que vous dites.

The Chairman: That seems to be the problem that we are dealing with here over and over again. We are dealing with a certain number of cases. Obviously, it is relatively small, but in

[Translation]

At one time, pharmacology was not as sophisticated as it is now. Procedures to control pain were not as refined. I think that if we have the means to alleviate human suffering, we should use them. If they shorten the person's life, I do not think such action is morally wrong.

This is a typical example of an action that has both positive and negative results. The fact remains that the objective is to alleviate suffering, even if this shortens the individual's life expectancy. I think it is a humane practice for medical practitioners to alleviate suffering.

La présidente: Vous semblez pouvoir aller aussi loin et, selon un certain nombre de gens, il semble moralement et moralement acceptable d'atténuer la douleur physique jusqu'au point où l'on pourrait accélérer la mort. Cela est acceptable, semble-t-il, au sein de la profession médicale et ailleurs de nos jours.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, même de la part de l'Église.

La présidente: Mais lorsqu'il s'agit d'une autre forme de souffrance incurable — et de nombreux témoins ont affirmé qu'un faible pourcentage de gens souffrent d'une douleur incurable et impossible à soulager — et d'autres formes de souffrance, sur le plan de la morale et de l'éthique vous tracez une ligne de démarcation. Autrement dit, vous ne pensez pas que cela soit approprié dans ces cas, même si le patient est atteint d'une maladie terminale et souffre tout autant et peut-être plus que d'autres qui ont été traités de façon plus humanitaire. C'est là que vous établissez une distinction. Il semble y avoir discontinuité dans la logique et l'éthique quelque part. Voudriez-vous faire des commentaires sur ce point?

Ms Blondeau: Yes. I think you are referring to people who suffer and for whom pharmacology has little to offer. I certainly sympathize with these people, but we are talking about suffering and ways to limit suffering.

In fact, this is an indication of the limited means at our disposal. I do not think we can prevent suffering in 100 per cent of the cases. And I do not think we can keep people from dying. I think it is part of the human condition that we cannot escape all suffering and all pain. I am not saying this from a theological point of view. But it is part of our human condition.

In our society, we have come to believe there will be no more pain, no more suffering, no more disease. Who says we do not die and do not suffer? Of course these people suffer, and I think that is terrible. We can only hope that medical science will find a solution. I do not know whether a small number of people justifies making a law that will apply to everyone in our society. I do not know how we could handle these problem cases. I am very much aware of the issue you raised.

La présidente: Cela semble être le problème que nous rencontrons ici constamment. Nous parlons d'un certain nombre de cas. De toute évidence, le nombre est relativement limité mais,

[Text]

some way they should be able to receive the same kind of relief, in the form of additional opiates of some kind, or whatever, as anyone else. Their suffering is undeniable, but somehow we are still drawing that line there. We say, "Well, we do not know what to do with them." This issue continues to arise, and we still have this problem today because there are those people out there.

Part of the legal reasoning in the Sue Rodriguez case is that these people are being treated differently — that is, certain people are.

Senator Lavoie-Roux: But in the case of Sue Rodriguez, she apparently had a lot of limitations, but did not have the pain.

The Chairman: Senator Lavoie-Roux, we do not know that. If you looked at pictures of her, which we saw on television from time to time, you could see the difference in her physical appearance. It was very obvious that the woman was terminally ill and approaching death. There was no question about it. She represents the kind of conundrum that we are facing.

It is one thing for the hospice to issue a letter saying that Sue Rodriguez was not suffering physical pain. But how are they to judge that? If she is not suffering physical pain, then she is not entitled to have anyone help her end the pain. That seems to be the way their minds are working. This is a difficult question, and I do not know what the answer is.

I am not sure that we have been able to arrive at an answer; I know we have not.

Senator Beaudoin: There was a witness who came before us and said that your question is excellent. When it is physical pain, we use drugs and things of that sort. When it is mental pain — I do not know if that is the right expression.

The Chairman: Emotional or spiritual?

Senator Beaudoin: It is different, then, of course. It does not mean there is no way to fight against emotional pain. The problem is that that area is much less developed.

Remember the man who came before us the other day and said that we can deal with 90 per cent of depression cases; in 10 per cent, we cannot do anything.

Your question is: What can we do for the 10 per cent who cannot receive any assistance in their emotional anguish?

The Chairman: Often, it is, again, physical pain as well. It can be physical as well as emotional. It is genuine suffering, apparently, according to the witnesses.

That is the question we are left with.

[Traduction]

d'une certaine façon, ces gens devraient avoir accès au même genre de soulagement, sous la forme de doses supplémentaires d'opiacés ou d'autres médicaments, ou d'une autre forme de traitement, que les autres patients. Leur souffrance est indéniable, mais, pour une raison quelconque, nous faisons une distinction dans leur cas. Nous disons, «Eh bien, nous ne savons pas quoi faire avec eux». Cette question ne cesse de surgir et le problème persiste encore aujourd'hui parce que ces gens existent.

Une partie du raisonnement juridique dans l'affaire Sue Rodriguez était que les gens sont traités différemment — c'est-à-dire que certaines personnes le sont.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais dans le cas de Sue Rodriguez, elle était apparemment très limitée mais n'éprouvait pas de douleur.

La présidente: Sénatrice Lavoie-Roux, nous ne le savons pas. Lorsqu'on voyait des photos d'elle, comme nous en avons vues à la télévision de temps à autre, on pouvait voir la différence dans son apparence physique. Il était très évident que cette femme était atteinte d'une maladie terminale et approchait de la mort. Cela ne faisait aucune doute. Elle représentait le genre d'énigme auquel nous faisons face.

C'est une chose pour l'hospice d'émettre une lettre affirmant que Sue Rodriguez ne souffrait pas physiquement. Mais comment pouvaient-ils en juger? Si elle n'éprouvait pas de souffrance physique, elle n'avait donc pas le droit d'avoir accès à quelqu'un pour l'aider à mettre un terme à sa douleur. Cela semble être la façon dont leur raisonnement procède. C'est une question difficile et je ne m'en connais pas la réponse.

Je ne suis pas sûre que nous ayons pu trouver une réponse; je sais que nous n'y sommes pas parvenus.

Le sénateur Beaudoin: Un témoin qui a comparu devant nous a déclaré que c'était là une excellente question. Lorsqu'il y a souffrance physique, nous recourons à des drogues et à toutes sortes de choses. Lorsque la douleur est mentale — je ne sais pas si c'est la bonne expression.

La présidente: Émotive ou spirituelle?

Le sénateur Beaudoin: C'est différent alors, bien entendu. Cela ne veut pas dire qu'il n'y aucune façon de lutter contre la douleur émotive. Le problème est que cet aspect est beaucoup moins développé.

Rappelez-vous de l'homme qui a comparu devant nous l'autre jour et qui a affirmé que nous pouvions traiter 90 p. 100 des cas de dépression; dans 10 p. 100 des cas nous ne pouvons rien faire.

Votre question est la suivante: Que pouvons-nous faire pour les 10 p. 100 de patients à qui l'on ne peut prodiguer aucune aide pour soulager leur souffrance émotive?

La présidente: Encore une fois, il y a souvent aussi de la douleur physique. Je pense que la douleur est physique tout autant qu'émotive. C'est apparemment une souffrance réelle, selon les témoins.

C'est la question sur laquelle nous achoppons.

[Texte]

Le sénateur Beaudoin: Vous avez soulevé le cas du mandat, ce qui m'apparaît intéressant. C'est la première fois que j'entends parler du mandat. Je connais le testament de vie qui est très connu. Qu'est-ce que le mandant?

Mme Blondeau: C'est un document qui porte sur deux objectifs, à savoir, la gestion des biens de la personne en cas d'incapacité ou, le deuxième aspect, c'est la gestion de sa fin de vie par la désignation d'un mandataire. Alors le mandat est valide au moment où survient l'incapacité.

Le sénateur Beaudoin: Re commençons au début. La personne va gérer ses biens. Cela est facile, il n'y a là aucun problème. L'autre aspect c'est de gérer sa vie?

Le sénateur Lavoie-Roux: Non, gérer sa fin de vie.

Le sénateur Beaudoin: Alors la personne dit dans son mandat que si telle chose lui arrive, voici comment on doit gérer sa fin de vie?

Le sénateur Lavoie-Roux: Non, sénateur Beaudoin. Moi je suis mandataire pour trois personnes et si vous le voulez je serai mandataire pour vous.

Le sénateur Beaudoin: Cela serait à discuter ! Mais, qu'est-ce?

Le sénateur Lavoie-Roux: Une personne dit au mandataire désigné qu'en cas d'incapacité comme elle connaît très bien le mandataire celui-ci peut tenir compte des conditions sociales dans lesquelles ils ont vécu, de leur condition économique, de leurs valeurs, et caetera. Quand arrive la toute fin, cette personne dit, par exemple, qu'elle ne veut pas d'acharnement thérapeutique ou qu'elle accepterait qu'on lui donne, pour soulager ses douleurs les médicaments nécessaires. Même si cela a pour effet d'accélérer la mort, qu'on lui donne les médicaments nécessaires dont elle a besoin. Normalement, votre femme devrait être capable de faire cela pour vous.

Le sénateur Beaudoin: On ne sait pas qui va survivre à qui. Si c'est ce que m'explique le sénateur Lavoie-Roux, je ne vois aucun problème.

Mme Blondeau: Cela dépend du mandataire.

Le sénateur Beaudoin: Oui, mais comme tout mandat c'est essentiellement révocable, à volonté.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, mais sauf qu'une fois que vous êtes dans les nuages là, vous ne pouvez plus la révoquer beaucoup.

Le sénateur Beaudoin: Vous dites dans un document que si vous avez telle maladie, la personne pourra décider contre l'acharnement thérapeutique ou pourra décider dans d'autres domaines ou quoi ?

Mme Blondeau: Ce que vous dites présentement s'applique d'avantage au testament de vie. Dans le testament de vie, on décrit le type de traitement que l'on souhaiterait ou que l'on refuserait tandis que dans le cas du mandat, c'est la désignation d'une personne. Quand survient l'incapacité du mandant, cette personne-là peut prendre des décisions à la place de celui-ci.

[Translation]

Senator Beaudoin: You raised the matter of proxies, and I thought that was very interesting. It is the first time I heard about this. I am familiar with the living will, which is very well-known. What is this proxy?

Ms Blondeau: It is a document which has two purposes: To administer the property of the individual in case of incompetence or to administer his last days, by designating a proxy. So the document is valid as soon as incompetence occurs.

Senator Beaudoin: Let us go back to the beginning. This person will administer the individual's property. There is no problem there. And the other aspect is administering the individual's life?

Senator Lavoie-Roux: No, the end of his life.

Senator Beaudoin: So the individual says in this proxy that if such and such happens, this is how the end of his life should be dealt with?

Senator Lavoie-Roux: No, Senator Beaudoin. I am a proxy for three people, and if you wish, I will do the same for you.

Senator Beaudoin: We would have to discuss that. But what does it involve?

Senator Lavoie-Roux: The individual tells the designated proxy that in case of incompetence, and since the individual knows the proxy very well, the latter can take into consideration the individual's social circumstances, financial status, his values, and so forth. A person says, for instance, that when he is on his death bed he does not want aggressive treatment or would agree with the administration of any medication required to alleviate suffering. Even if it has the effect of shortening the person's life, the person should be given the medication he needs. Normally, your wife should be able to do that for you.

Senator Beaudoin: We do not know who is going to be the surviving spouse. If it is like Senator Lavoie-Roux explained, I do not see any problem.

Ms Blondeau: It depends on the proxy.

Senator Beaudoin: Yes, but any document can be withdrawn upon request.

Senator Lavoie-Roux: Yes, except that once you are out of it, there is not much you can do.

Senator Beaudoin: You can put down in a document that if you have such and such a disease, the proxy can decide against aggressive treatment or make any other decisions or what?

Ms Blondeau: What you are saying applies more to the living will. In a living will, you describe the kind of treatment you would want or would not want, while in the case of a proxy, you designate someone. If the individual becomes incompetent, the proxy can make decisions for him. It is advisable that the proxy be informed of how you wish to approach your dying days.

[Text]

C'est sage et prudent que la personne soit au courant de vos valeurs et de vos conceptions concernant la fin de vie.

Le sénateur Beaudoin: Je ne vois pas de problème à cela.

Mme Blondeau: Mais il y a des délais d'homologation qui peuvent durer de trois à six mois et cela pose un problème.

Le sénateur Beaudoin: Est-ce que ces mandats sont populaire?

Mme Blondeau: C'est apparu au Québec en 1990.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est le curateur public.

Le sénateur Beaudoin: C'est une bonne idée, mais c'est essentiellement révocable.

Mme Blondeau: Tant que vous êtes apte.

Le sénateur Beaudoin: Oui, on peut être apte jusqu'à sa mort.

Le sénateur Lavoie-Roux: Une fois que vous êtes dans les pommes, vous ne pouvez plus le révoquer.

The Chairman: Look at all the free advice you are getting tonight.

Le sénateur Beaudoin: Je pense que madame Blondeau a fait une excellente présentation.

The Chairman: We are very grateful for your appearance here tonight, Professor Blondeau. Thank you very much.

The committee adjourned.

[Traduction]

Senator Beaudoin: I do not see any problem with that.

Ms Blondeau: However, it sometimes takes from three to six months for proxies to be approved, and that is a problem.

Senator Beaudoin: Are these proxies popular?

Ms Blondeau: They first appeared in Quebec in 1990.

Senator Lavoie-Roux: The public curator takes care of that.

Senator Beaudoin: It is a good idea, but basically it can be revoked.

Ms Blondeau: As long as you are competent.

Senator Beaudoin: Yes, but you can be competent until you die.

Senator Lavoie-Roux: Once you are unconscious, you can no longer withdraw it.

La présidente: Voyez tous les conseils gratuits que vous recevez ce soir.

Senator Beaudoin: I think Ms Blondeau made an excellent presentation.

La présidente: Nous vous sommes très reconnaissants d'être venue comparaître ici ce soir, professeure Blondeau. Je vous remercie.

La séance est levée.

APPENDIX A

**BULLETIN OF THE SPECIAL SENATE COMMITTEE
ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE**

No. 1

April 27, 1994

Establishment of The Special Committee

On February 23, 1994 the Senate of Canada established a seven person Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide. The mandate of the Committee is to report upon the legal, social, and ethical issues related to euthanasia and assisted suicide. The Committee was instructed to report its findings to the Senate by December 15, 1994.

The Chair of the Committee, Senator Joan Neiman, noted that **"the subject is emotionally charged and complex** but there is now an enormous amount of literature and innumerable people and organizations whose experience and expertise would be of great assistance in understanding the problems and preparing recommendations to correct them. **The proposed study can create a far greater awareness and understanding by the general public.** It would provide a solid base of information which could justify, if so warranted, recommendations to the government for changes in existing legislation. I am happy to say that the Minister of Justice, the Honourable Allan Rock, has given me his full support and offered his co-operation and that of his Department." (*Senate Debates*, February 22, 1994).

The Vice Chair, Senator Thérèse Lavoie-Roux, said, "The controversy around euthanasia is very complex. It has legal, social and moral implications and challenges traditional medical ethics. **It is also an issue that raises strong emotions in all of us because we are dealing here with what is literally a matter of life and death.** It is a subject the legislator must approach with an open mind, without hurrying the process and without giving in to sometimes

contradictory pressures from various interest groups. The Committee would be ideally suited to assembling the elements of a national position and to provide the basis for appropriate legislation, when the time is right."

Members of the Committee

Hon. Joan B. Neiman Q.C.*

(Chair)

Hon. Thérèse Lavoie-Roux*

(Vice-Chair)

Hon. R. J. (Ray) Perrault P.C.

Hon. Eymard G. Corbin

Hon. Gérard-A. Beaudoin Q.C.

Hon. Mabel M. DeWare*

Hon. Wilbert J. Keon

* indicates member of the Steering Committee

The Bulletin is published by the Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide and is available on request to persons interested in the work of the Committee. Persons wishing to be added to the mailing list or to submit a brief or testify before the Special Committee should contact the Clerk of the Committee at the following address.

Clerk of the Committee
Special Committee on Euthanasia
and Assisted Suicide
140 Wellington Street,
Ottawa, Ontario K1A 0A4

Fax (613) 947-2104

The problems surrounding euthanasia and assisted suicide could affect the lives of all individuals in Canada. Thus, the Committee hopes that as many Canadians as possible are made aware of the range and the type of evidence it hears so that they may gain a better understanding of the issues.

The Committee expects to hear from a wide range of witnesses including health care givers, experts in biomedical ethics, religious and other organizations as well as legal scholars with a particular interest in the area.

The Committee will be hearing testimony in Ottawa on Wednesday afternoons at 3:15 p.m. and, as often as possible, on Wednesday evenings.

The hearings are already in progress and, to date, testimony has been heard from Dr. Edward Keyserlingk, formerly with the Law Reform Commission of Canada and presently a professor at McGill University and a specialist in bioethical law and medicine. Other witnesses who have appeared before the Committee include Professor Eike-Henner W. Kluge, author of numerous works on the issue of biomedical ethics in Canada including *Biomedical Ethics in a Canadian Context* and a consultant to numerous organizations and governments; and Dr. Brian L. Mishara, a professor of psychology, Université de Québec in Montreal and President of the Canadian Association for Suicide Prevention.

Some of the witnesses scheduled to appear in the upcoming weeks are as follows: Réjean Carrier, a social worker at the Centre hospitalier Hôtel Dieu in Québec; Dr. Balfour M. Mount, Director of Palliative Care Service at the Royal Victoria Hospital in Montreal, Yvon Bureau, President of "Responsable jusqu'à la fin", Julie Foley, President of the Canadian Association of Social Workers, Lynda Lysne, National Coordinator for the Canadian Palliative Care

Association and Marilynne Seguin, Executive Director of Dying with Dignity.

Definitional Problems

The literature on death and dying indicates that there is no clear consensus as to the terminology to be used in dealing with these issues. The Committee has agreed, at present, that it will use both the terms *euthanasia* and *assisted suicide* in order not to limit its study since it may have to consider the legal distinctions between these terms.

In the case of an assisted suicide, the final act that causes death is undertaken by the individual who requests death. In the case of euthanasia, that final act is undertaken by another party.

This distinction is reflected in the present law. Under the *Criminal Code*, assisted suicide is prosecuted under a specific provision that defines it as an offence. Euthanasia, on the other hand, is prosecuted under the more serious general provisions relating to homicide. Whether the differential treatment of the two offenses is significant will require further investigation.

Not only is there disagreement as to which of the two terms is most appropriate when discussing questions relating to death and dying, there is also uncertainty regarding how these terms are qualified and the situations in which each term can be used. For instance, in some cases, the term *euthanasia* is qualified as active or passive, direct or indirect, and voluntary or involuntary. Notwithstanding the wide use of these qualifications, they are not universally accepted.

Thus, one of the challenges of the Committee will be to attempt to determine whether a consensus can be reached, at least among the witnesses who appear before it, as to which terms

are most appropriate and what each of these terms involves.

How to Get Involved

The Order of Reference establishing the Special Committee authorizes it to invite persons to submit briefs or to come to Ottawa (or any other place the committee may sit) to testify before it.

Persons wishing to testify or submit a brief to the Special Committee should contact the Clerk of the Special Committee by writing to 140 Wellington Street, Ottawa, Ontario K1A 0A4 or sending a fax to (613) 947-2104

Once the Committee decides which witnesses will be appear before it the Clerk contacts them giving the date, time and place of the meeting. The Committee sets its own guidelines for the questioning of witnesses. Witnesses may be given 15 or 20 minutes to make their presentation. This is followed by questions from the members of the committee.

Witnesses who live outside the National Capital Region may, with the approval of the Committee, be entitled to reasonable travel and living expenses subject to a maximum of two persons per organization. Original receipts must be submitted for reimbursement.

Witnesses are to indicate on the covering page if the brief is confidential to the Committee and may be released only with the author's permission. If not identified, the release will be at the discretion of the Committee.

All Members of Parliament are invited to attend any meeting of the Committee and, if any are interested in obtaining copies of the proceed-

ings, arrangements can be made by contacting the Clerk of the Special Committee at 990-0088. Members of Parliament are also encouraged to recommend any witnesses whom they feel have some special knowledge or experience to share with the Committee. **Members of the public are, of course, free to attend any public hearings in Parliament.**

Biographies of Committee Members

Senator Joan B. Neiman Q.C. was born in Winnipeg, the daughter of the later Edgar D.R. Bissett and Jean Balfour. She completed her high school education in Manitoba and obtained a Bachelor of Arts degree from Mount Allison University in New Brunswick. She was admitted to the first class of Women's Royal Canadian Navy Service upon its formation in August 1942 and served four years retiring with the rank of Lieutenant-Commander. Subsequently Senator Neiman worked in the Communications Branch of the National Research Council and then attended Osgood Hall Law School. She met and married her husband while they were law students. They were admitted to the Ontario Bar and practised in partnership for about thirty years. She is no longer actively practising but is still counsel to her husband's firm. She was appointed a Queens Counsel (Canada) in 1982.

Senator Neiman served as legal advisor to a number of voluntary organizations and the First Unitarian Congregation of Toronto Foundation. She served on the Board of the Elizabeth Fry Society. She is also on the Board of Governors of the Canadian Corps of Commissioners, an organization dedicated to securing employment for veterans and former members of the Royal Canadian Mounted Police, and is now an Honourary Governor. She was instrumental in establishing and served as a member and as chair for many years on the Human Rights of Parliamentarians Committee set up by the Inter-Parliamentary Union.

She was summoned to the Senate in 1972. She Chaired the Standing Senate Committee on Legal and Constitutional Affairs for eight years. She still sits on the Legal and Constitutional Affairs Committee as well as on Privileges, Standing Rules and Orders and the Standing Committee on Aboriginal Peoples, an area in which she has taken an active interest since coming to the Senate.

Senator Thérèse Lavoie-Roux, B.A., M.S.S. was born in Rivière-du-Loup. She obtained a B.A. and a Masters Degree in Social Service from the Université de Montréal. In 1990, the Université de Montréal awarded her a doctorat Honoris Causa. From 1951 to 1960, she worked at Montreal Childrens' Hospital. She was a Professor at the School of Social Work at the Université de Montréal from 1960 to 1969. She was also a lecturer at the School of Rehabilitation and at the Faculty of Nursing at the same University. She was Chair of the Montreal Catholic School Commission from 1969 to 1976, she was also Vice President of the Montreal Island School Commission.

From 1976 to 1989, she was a member of the Quebec National Assembly and from 1985 to 1989 she served as Minister of Health and Social Services; Minister responsible for family policies; and Minister for the Office of the Handicapped. She was appointed to the Senate in 1990 where she has been Chairperson of the Senate Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration from 1991 to 1994. She is currently vice-chair of the Committee on Social Affairs, Science and Technology. She also sits on the National Finance Committee and the Committee on Aboriginal Peoples.

She is a member of the Board of Directors of the Montreal Institute of Cardiology and the Montreal Institute of Neurology as well as a member of the Board of Governors of McGill University.

Senator Raymond Perrault P.C. was born in Vancouver in 1926 and educated at the University of British Columbia (B.A., 1947). From 1949 to 1961 he was an advertising and communications consultant. He was Leader of the British Columbia Liberal Party from (1959-1968), a member of the British Columbia Legislature (1960-1968) a Member of Parliament (1968-1973) and a Senator since 1973. He was Leader of the Government in the Senate (1974-1979 and 1980-1982), Leader of the Opposition (1979-1980) and Minister of State for Fitness and Amateur Sport (1983-1984). He is married to Barbara (Walker) and the father of three children.

Senator Eymard G. Corbin, born in Grand-Falls (Grand-Sault), New Brunswick, was educated at Bathurst College (N.B.), St. Louis College, Edmundston (N.B.), and the Eudist Seminary at Charlesbourg, Quebec. He was formerly a teacher, a provincial public servant and a journalist in New Brunswick. He was first elected Liberal Member for Madawaska-Victoria (N.B.) in the House of Commons in the 1968 general election, and was re-elected in 1972, 1974, 1979 and 1980. He was successively Parliamentary Secretary to the Minister of Fisheries and Forestry, and to the Minister of the Environment; Chairman of the Atlantic Provinces Liberal Caucus and the National Liberal Caucus, and, finally, appointed Deputy Speaker of the House of Commons. He was and still is very active in the area of official languages, in addition to taking part in the work of numerous committees such as Health and Welfare; Regional Development; Agriculture; and parliamentary procedure. In 1971-1972, he was the Co-Chairman of the Canadian Preparatory Committee for the first United Nations Conference on the Human Environment. He has been very active in inter-parliamentary relations. He has also been an international Vice-President of the International Association of French-Speaking Parliamentarians, in addition to being President of the Canadian section of the AIPLF. He is married to

Yvette Michaud-Corbin and has three daughters. Senator Corbin was appointed to the Senate in 1984.

Senator Gérald-A. Beaudoin Q.C. was born in Montreal in 1929. He completed his law degree in 1953, and his Masters degree in 1954, at the Université de Montréal. He did post-graduate studies at the University of Toronto and received a Carnegie Scholarship for 1954-55. He received a D.E.S.D. in 1958 from the University of Ottawa. He is a member of the Quebec Bar and of the Canadian Bar Association since 1954.

He was Assistant Parliamentary Counsel for the House of Commons from 1965 to 1969. He was appointed Queen's Counsel in 1969. He was Dean of the Civil Law Section at the University of Ottawa from 1969 to 1979.

Senator Beaudoin is a Fellow of the Royal Society of Canada. He was a Member of the Pepin-Robarts Commission from 1977-1979. He is an Officer of the Order of Canada (1980); Vice-president I.D.E.F. since 1973; President in 1990-92 of the International Commission of Jurist (Canada Section); Member of the Académie canadienne-française; titular member of the International Academy for comparative law since 1988; recipient of the Prix de l'ACFAS, 1987; Member of the Committee established by the Minister of Justice of Canada for the French version of the Constitution of Canada from 1985-1990; Director of the Human Rights Centre of the University of Ottawa (1986-1988).

In 1991, Senator Beaudoin was Co-Chair of the Special Joint Committee of the Senate and House of Commons on the amending procedure. The following year he Co-Chaired the Special Joint Committee on a Renewed Canada. He is presently Chair of the Senate Standing Committee on Legal and Constitutional Affairs.

He is the author of several books including: *Essais sur la Constitution* (1979), *Le partage des pouvoirs* (1980-1982-1983) and *La Constitution du Canada* (1980). He is co-author of *Mécanismes pour une nouvelle Constitution* (1981). He is co-editor with W.S. Tarnopolsky of : *Charte canadienne des droits et libertés* and of *Canadian Charter of Rights and Freedoms* (1982), and co-editor of the 2nd edition (1989) with E. Ratushny. He is co-editor with D. Turp of *Perspectives canadiennes et européennes des droits de la personne*, 1986. He has written many articles on the Constitution and Constitutional Law.

Senator Mabel M. DeWare was born and educated in Moncton New Brunswick. She was married August 1, 1945 to Ralph DeWare and they have four children. As a past president of the YWCA and a longtime Board Member of the YMCA, she was actively involved in the development of programs for young people in the Moncton area. She was second Vice President of friends of the Moncton Hospital Foundation and a Member of the Moncton school Board for four years.

Senator DeWare is active in sports as past president of the Beaver Curling Club and the Canadian Ladies Curling Association. She was also past president of the Cyrette Club of Moncton. In 1976 she was inducted into the New Brunswick Sports Hall of Fame and into the Canadian Curling Hall of Fame in 1987. She also enjoys golf.

She was first elected to the New Brunswick Legislature in 1978 and was appointed Minister of Labour and Manpower. In 1983 she served as Minister of Community Colleges and from 1985 to 1987 as Minister of Advanced Education. While a member of the New Brunswick Legislature from 1978 to 1987 she sat on the Social Policy committee.

Senator DeWare was summoned to the Senate in 1990. She has been a member of Committees on Legal and Constitutional Affairs, National Finances, and Aboriginal Affairs. She has also been a member of the Social Affairs Committee since 1990 and served on the executive of that committee.

Senator Wilbert J. Keon M.D. was born in the Ottawa Valley in Sheenboro, Quebec in 1935. He received a B.Sc. degree from St. Patrick's College and an M.D. from the University of Ottawa. He continued his training at McGill, Toronto, and Harvard Universities where he completed General Surgery, Cardiovascular Surgery and research degrees in the Cardiovascular field. In 1969 he returned to Ottawa to develop the University Heart Institute based at the Ottawa Civic Hospital. The Institute has become one of the world's leading academic and health care centres. Dr. Keon was a pioneer of the now accepted treatment of emergency revascularization in acute heart attacks.

Dr. Keon has sustained a leadership role in the surgical, academic and scientific community throughout his career. He has held appointments and elected offices in 36 national and international professional association and is past president of the Canadian Cardiovascular Society and past Vice-President of the Medical Research Council of Canada. He was Professor and Chairman of the University of Ottawa Department of Surgery for 15 years and guided it to full academic status. He has published extensively having authored or co-authored 33 books and 140 papers. He has been invited abroad extensively as a lecturer and visiting professor. Dr. Keon was appointed to the Senate in 1990.

ANNEXE A

**BULLETIN DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT
SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ**

N° 1

27 avril 1994

Formation du Comité spécial

Le 23 février 1994, le Sénat du Canada a créé un comité de sept personnes pour faire rapport sur les questions juridiques, sociales et éthiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté. Le Comité doit présenter son rapport final au Sénat, au plus tard le 15 décembre 1994.

La présidente du Comité, la sénatrice Joan Neiman, a fait remarquer que la question "est extrêmement complexe et déchaîne la passion. Il existe cependant une documentation volumineuse sur le sujet et un grand nombre d'individus et d'organismes dont l'expérience et les connaissances seraient fort précieuses pour un comité cherchant à comprendre les problèmes et à y trouver des solutions. Le Comité pourra susciter une prise de conscience et une compréhension beaucoup plus grande dans le grand public et fournir une base solide d'information qui pourrait justifier, le cas échéant, des recommandations au gouvernement pour modifier la loi existante. Je suis heureuse de dire que le ministre de la Justice, l'honorable Allan Rock, m'a assurée de son entier appui et a offert sa coopération et celle de son ministère." (*Débats du Sénat*, le 22 février 1994).

La vice-présidente, la sénatrice Thérèse Lavoie-Roux, a déclaré pour sa part que "la controverse entourant l'euthanasie est fort complexe. C'est une question qui a des incidences juridiques, sociales et morales et qui entraîne la remise en question de l'éthique médicale traditionnelle. C'est également, pour chacun d'entre nous et pour chaque Canadien, une question qui soulève forcément des émotions profondes, car on touche ici à des réalités fondamentales : la vie et la mort. C'est un sujet que le législateur doit aborder avec

une vision d'ensemble, sans précipitation et sans céder à des pressions parfois contradictoires de divers groupes d'intérêt. Ce comité pourrait être dans une position idéale pour rassembler les éléments d'une position nationale et au moment opportun inspirer une législation appropriée".

Membres du Comité

L'hon. Joan B. Neiman C.R.*

(Présidente)

L'hon. Thérèse Lavoie-Roux*

(Vice-présidente)

L'hon. R. J. (Ray) Perrault C.P.

L'hon. Eymard G. Corbin

L'hon. Gérald-A. Beaudoin C.R.

L'hon. Mabel M. DeWare*

L'hon. Wilbert J. Keon

* membre du comité directeur

Le Bulletin est publié sous les auspices du Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté. Il est disponible sur demande à quiconque s'intéresse au travail du Comité. Les personnes qui désirent recevoir une copie du Bulletin, soumettre un mémoire au Comité ou y comparaître doivent écrire au greffier du Comité spécial à l'adresse suivante :

Greffier du Comité

Comité spécial du Sénat

sur l'euthanasie et le suicide assisté

140, rue Wellington

Ottawa (Ontario) K1A 0A4

Fax (613) 947-2104

Les problèmes qui entourent l'euthanasie et le suicide assisté sont de nature à toucher toute personne au Canada. Le Comité souhaite donc que le plus grand nombre possible de Canadiens et de Canadiennes soient informés de la portée et de la teneur des sujets traités pour que se développe dans le public une meilleure connaissance des problèmes en cause.

Le Comité compte recevoir des témoins de divers horizons, professionnels des soins de santé, spécialistes de l'éthique biomédicale, représentants d'organisations religieuses et autres, aussi bien que juristes versés dans le domaine.

Le Comité tiendra ses audiences à Ottawa, le mercredi après-midi, à partir de 15h15, et, aussi souvent que possible, le mercredi soir.

Les audiences sont déjà commencées. On a entendu, jusqu'ici, le D^r Edward Keyserlingk, qui a été membre de la Commission de réforme du droit du Canada; aujourd'hui professeur à l'Université McGill, il est spécialiste en éthique et en droit biomédicaux. Les autres témoins qui ont comparu sont le professeur Eike-Henner W. Kluge, auteur de nombreux ouvrages sur l'éthique biomédicale au Canada, dont *Biomedical Ethics in a Canadian Context*, et expert-conseil pour divers gouvernements et organismes; et le D^r Brian L. Mishara, professeur de psychologie à l'Université du Québec à Montréal et président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide.

Parmi les témoins attendus dans les prochaines semaines, mentionnons : M. Réjean Carrier, travailleur social au Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Québec; le D^r Balfour M. Mount, directeur des services des soins palliatifs à l'hôpital Royal Victoria de Montréal; M. Yvon Bureau, président de l'organisation *Responsable jusqu'à la fin*; Mme Julie Foley, présidente de l'Association canadienne des travailleurs sociaux; Mme Lynda Lysne, coordinatrice de l'Association canadienne des soins palliatifs, et Mme Marilynne

Séguin, directrice exécutive de l'organisation *Dying with Dignity*.

Problèmes de définition

Il ressort de la documentation sur le choix de mourir qu'on ne s'entend pas clairement sur la terminologie à utiliser dans ces cas. Le Comité a décidé, pour le moment, d'utiliser les deux termes "euthanasie" et "suicide assisté", pour ne pas restreindre son étude puisqu'il sera peut-être appelé à établir une distinction juridique entre les deux.

Dans le cas du suicide assisté, l'acte final qui entraîne la mort est posé par la personne qui désire mourir. Dans l'euthanasie, cet acte est posé par une autre personne.

La loi fait bien la distinction. L'aide au suicide est une infraction en vertu d'une disposition précise du *Code criminel*. L'euthanasie, elle, est prohibée en vertu des dispositions générales de plus grave portée sur l'homicide. Une étude plus poussée s'impose pour déterminer si le traitement des deux infractions serait vraiment différent.

Non seulement on ne s'entend pas sur le terme qui convient le mieux, dans ce débat sur le choix de mourir, mais on hésite aussi sur le sens à donner à ces termes et sur les situations qu'ils peuvent désigner. Par exemple, dans certains cas, on parle d'euthanasie active ou passive, d'euthanasie directe ou indirecte, d'euthanasie volontaire, non volontaire ou involontaire. Même si ces qualificatifs sont largement répandus, ils ne sont pas acceptés universellement.

Par conséquent, une des tâches du Comité sera de voir s'il peut dégager un consensus, du moins parmi les témoins qui comparaitront devant lui, sur les termes qui conviennent le mieux et sur ce que désigne chacun d'eux.

Comment participer

L'ordre de renvoi créant le Comité spécial l'autorise à inviter des personnes à soumettre des mémoires ou venir témoigner à Ottawa (ou ailleurs si le Comité se déplace).

Les personnes qui désirent témoigner ou soumettre un mémoire doivent communiquer avec le greffier du Comité spécial, par lettre adressée au 140, rue Wellington, Ottawa, Ontario K1A 0A4, ou par fax au (613) 947-2104.

Une fois que le Comité a choisi les témoins invités à comparaître, le greffier du Comité communique avec eux pour leur faire connaître la date, l'heure et le lieu de la réunion. Le Comité fixe ses propres lignes directrices pour la comparution des témoins. Une période de 15 à 20 minutes est prévue pour les exposés des témoins, puis les membres du Comité posent des questions.

Les témoins qui habitent à l'extérieur de la région de la Capitale nationale peuvent, avec l'approbation du Comité, avoir droit à des remboursements raisonnables de frais de déplacements et de séjour. La limite est de deux membres par organisation et les reçus soumis doivent être des originaux.

Les témoins doivent indiquer sur la page couverture de leur mémoire si celui-ci est présenté au Comité à titre confidentiel et s'il ne peut être diffusé qu'avec la permission de l'auteur. Sinon, le document pourra être publié à la discrétion du Comité.

Tous les membres du Parlement sont invités à assister aux séances du Comité; s'ils sont aussi intéressés à recevoir des copies des procès-verbaux, ils peuvent communiquer avec le greffier du Comité au 990-0088. Les parlementaires sont aussi priés de recommander

tout témoin qui posséderait, selon eux, un savoir ou une expérience spéciale à faire valoir devant le Comité. **Le public peut, évidemment, assister à toute audience publique au Parlement.**

Biographies des membres du Comité spécial

Née à Winnipeg, la sénatrice **Joan B. Neiman**, c.r., est la fille du regretté Edgar D.R. Bissett et de Jean Balfour. Après avoir terminé ses études secondaires au Manitoba, elle obtient un baccalauréat ès arts de l'Université Mount Allison au Nouveau-Brunswick. Elle est admise dans la première classe du Service des femmes de la Marine royale canadienne lors de sa création en août 1942; elle en sort, quatre ans plus tard, avec le titre de lieutenant-commandeur. La sénatrice Neiman travaille ensuite à la Direction des communications du Conseil national de recherches, avant d'entrer à la *Osgoode Hall Law School*. Elle rencontre et épouse son mari alors qu'ils font leurs études de droit. Admis au Barreau de l'Ontario, le couple pratique ensuite le droit ensemble pendant une trentaine d'années. Sans faire du droit activement, elle demeure conseiller juridique du bureau de son mari. C'est en 1982 qu'elle devient conseiller de la reine (Canada).

La sénatrice Neiman a été conseillère juridique de plusieurs organisations bénévoles et de la *First Unitarian Congregation of Toronto Foundation*, membre du conseil d'administration de la Société Elizabeth Fry. Elle siège au Conseil des gouverneurs du Corps canadien des commissionnaires, un organisme voué à trouver des emplois aux anciens combattants et anciens membres de la Gendarmerie royale du Canada, dont elle est maintenant gouverneur honoraire. Après avoir travaillé à sa mise sur pied, elle a siégé aussi pendant de nombreuses années au Comité des droits des parlementaires de l'Union interparlementaire.

Nommée au Sénat en 1972, elle a présidé le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles durant huit ans. Elle continue d'en faire partie tout en siégeant au Comité permanent des privilèges, du règlement et de la procédure ainsi qu'au Comité permanent des peuples autochtones, dont les affaires l'intéressent vivement depuis son entrée au Sénat.

La sénatrice Thérèse Lavoie-Roux, B.A., M.S.S., est née à Rivière-du-Loup. Elle a obtenu un B.A. et une maîtrise en service social de l'Université de Montréal. En 1990, l'Université de Montréal lui décerne un doctorat Honoris Causa. De 1951 à 1960, elle travaille à l'Hôpital pour enfants de Montréal. Professeur à l'école de Service social de l'Université de Montréal de 1960 à 1969, elle est aussi chargée de cours à l'école de réhabilitation et à la faculté de nursing de la même université. Présidente de la Commission des écoles catholiques de Montréal de 1969 à 1976, elle fut aussi vice-présidente et membre du Conseil scolaire de l'Île de Montréal.

De 1976 à 1989, elle fut députée à l'Assemblée nationale du Québec où, de 1985 à 1989, elle occupe le poste de ministre de la Santé et des Services sociaux, ministre responsable de la Politique familiale et de l'Office des handicapés du Québec. Elle fut nommée au Sénat en 1990, où elle a été présidente du Comité de la régie interne, des budgets et de l'administration de 1991 à 1994. Elle est présentement vice-présidente du Comité des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Elle siège aussi au Comité des finances nationales et à celui des peuples autochtones.

Elle est membre des conseils d'administration de l'Institut de cardiologie de Montréal, de l'Institut neurologique de Montréal et membre du Bureau des gouverneurs de l'Université McGill.

Né à Vancouver, le **sénateur Raymond Perrault** a fait ses études à l'Université de la Colombie-Britannique (B.A. en 1947). De 1949

à 1961, il travaille comme expert-conseil en publicité et en communications. Ancien chef du Parti libéral de la Colombie-Britannique (1959-1968), député à l'Assemblée législative de la Colombie-Britannique (1960-1968) et député fédéral (1968-1973), il devient sénateur en 1973. Il occupe ensuite les postes de leader du gouvernement au Sénat (1974-1979 et 1980-1982), de chef de l'opposition au Sénat (1979-1980) et de ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur (1983-1984). Il est marié à Barbara (Walker) et père de trois enfants.

Le sénateur Eymard G. Corbin, né à Grand-Sault (Grand Falls), Nouveau-Brunswick, a fait ses études aux collèges de Bathurst (N.-B.), Saint-Louis, à Edmundston (N.-B.) et au séminaire des Eudistes à Charlesbourg, Québec. Il a été successivement enseignant, fonctionnaire provincial et journaliste au N.-B. Il fut élu pour la première fois député de Madawaska-Victoria (N.-B.) aux Communes sous l'étiquette libérale à l'élection de 1968 et réélu en 1972, 1974, 1979 et 1980. Il fut secrétaire parlementaire (aux Pêches et à l'Environnement), président du caucus des provinces de l'Atlantique, du caucus Libéral national et, en fin de mandat, vice-président de la Chambre des communes. Il a été très actif dans le secteur des langues officielles en plus de participer aux travaux de nombreux comités tels la Santé et le Bien-être social, le Développement régional, l'Agriculture et la Procédure parlementaire. Il fut en 1971-1972 coprésident du Comité préparatoire canadien pour la première Conférence mondiale des Nations Unies sur l'Environnement humain. Il s'est beaucoup impliqué sur le plan des relations interparlementaires. Il a également été vice-président international de l'Association internationale des parlementaires de langue française en plus de présider la section canadienne de l'A.I.P.L.F. Il est marié à Yvette Michaud-Corbin et père de trois filles. Le sénateur Corbin siège à la chambre haute depuis 1984.

Le sénateur Gerald-A. Beaudoin c.r. est né à Montréal en 1929. Il a obtenu sa licence en droit en 1953 et sa maîtrise en 1954 à l'Université de Montréal. Boursier Carnegie, en 1954-55, il étudie à l'Université de Toronto (*School of Law*), puis à l'Université d'Ottawa, où il obtient un D.E.S.D. en 1958. Il est membre du Barreau du Québec et de l'Association du barreau canadien depuis 1954.

Il a été conseiller parlementaire adjoint de la Chambre des communes de 1965 à 1969. Nommé conseiller de la Reine en 1969, il a été doyen de la section de droit civil de la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa de 1969 à 1979.

Le sénateur Beaudoin est membre de la Société royale du Canada. Il a été membre de la Commission royale Pepin-Robarts (1977-1979). Officier de l'Ordre du Canada (1980), il a reçu la médaille Marcel-Vincent, sciences humaines, de l'ACFAS en 1987. Il est aussi membre titulaire de l'Académie internationale de droit comparé depuis 1987; membre de l'Académie canadienne-française depuis 1983 (maintenant Académie des lettres du Québec); vice-président pour le Canada de l'Institut international du droit d'expression française depuis 1973. Il a été président de la Commission internationale des juristes (section canadienne) (1990-1992); membre du Comité de rédaction française de la Constitution du Canada (1985-1989), et directeur du Centre des droits de la personne de l'Université d'Ottawa (1986-1988).

En 1991, le sénateur Beaudoin a été coprésident du Comité spécial mixte du Sénat et de la Chambre des communes sur le processus de modification de la Constitution du Canada; puis, en 1991-1992, coprésident du Comité mixte du Sénat et de la Chambre des communes sur le renouvellement du Canada. Depuis 1993, il est président du Comité permanent du Sénat sur les affaires juridiques et constitutionnelles.

Il est en outre l'auteur de plusieurs ouvrages : *Essais sur la Constitution* (1979), *Le par-*

tage des pouvoirs (1980-1982-1983) et *La Constitution du Canada* (1990). Coauteur de *Mécanismes pour une nouvelle constitution* (1981). Codirecteur de publication avec W.S. Tarnopolsky de *Charte canadienne des droits et libertés, commentaires* (1982), avec E. Ratushny de la *Charte canadienne des droits et libertés*, deuxième édition (1989), et avec D. Turp de *Perspectives canadiennes et européennes des droits de la personne*, 1986. Il a enfin rédigé de nombreux articles en droit constitutionnel et sur la constitution.

La sénatrice Mabel M. DeWare est née et a fait ses études à Moncton (Nouveau-Brunswick). Elle épouse Ralph DeWare le 1^{er} août 1945 et le couple a quatre enfants. En tant que membre de longue date du conseil d'administration du YWCA, dont elle a été présidente, elle travaille activement à l'établissement de programmes pour les jeunes dans la région de Moncton. Deuxième vice-présidente de la Fondation des amis de l'hôpital de Moncton, elle siège au conseil scolaire de Moncton pendant quatre ans.

En tant qu'ancienne présidente du Beaver Curling Club, de l'Association canadienne féminine de curling et du Cyrette Club de Moncton, elle joue un rôle actif dans les sports. Entrée au Temple de la renommée des sports du Nouveau-Brunswick en 1976 et au Temple canadien de la renommée du curling en 1987, elle aime aussi jouer au golf.

Élue à l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick pour la première fois en 1978, elle est nommée ministre du Travail et de la Main-d'oeuvre; en 1983, elle devient ministre des Collèges communautaires puis, de 1985 à 1987, ministre de l'Enseignement supérieur. Députée à l'Assemblée législative de 1978 à 1987, elle siège au Comité de la politique sociale.

Nommée au Sénat en 1990, la sénatrice DeWare a siégé aux comités des affaires juridiques et constitutionnelles, des finances nationales

et des peuples autochtones. Elle est aussi membre, depuis 1990, du Comité des affaires sociales et fait partie de son comité exécutif.

Le sénateur Wilbert J. Keon est né en 1935 à Sheenboro, dans la partie québécoise de la vallée de l'Outaouais. Après des études à l'école locale, il a fréquenté le collège St-Patrick's d'Ottawa, où il a obtenu un baccalauréat des sciences, puis il a fait un doctorat en médecine à l'Université d'Ottawa. Il a poursuivi ses études à l'Université McGill, à l'Université de Toronto et à l'Université Harvard, y obtenant des diplômes en chirurgie générale, en chirurgie cardio-vasculaire et en recherche cardio-vasculaire. En 1969, il est revenu à Ottawa pour créer l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, situé à l'Hôpital Civic d'Ottawa. Cet institut est devenu l'un des centres d'enseignement et de soins les plus renommés du monde. Le Dr Keon a été le premier chirurgien canadien à implanter un cœur artificiel entier pour assurer la survie d'une patiente en attendant la transplantation d'un cœur humain. Il a aussi fait œuvre de pionnier dans le traitement - maintenant reconnu - de revascularisation d'urgence en cas de crise cardiaque aiguë.

Le Dr Keon s'est imposé comme un chef de file dans sa profession à l'université et dans la communauté scientifique. Il a été nommé et élu à des fonctions et à des postes divers, au sein de 36 associations professionnelles nationales et internationales. Il est le président sortant de la Société canadienne de cardiologie et le vice-président sortant du Conseil médical de recherches du Canada. Pendant quinze ans, il a été professeur et président du département de chirurgie de l'Université d'Ottawa, qu'il a fait reconnaître comme département à part entière. Il a publié, comme auteur principal ou associé, 33 livres et 140 articles. Il a été invité dans de nombreux pays en tant que conférencier ou professeur invité. Il a été nommé au Sénat en 1990.

APPENDIX B

BULLETIN OF THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

Bulletin No. 2

June 1, 1994

Mandate

A Special Committee of the Senate is now examining the legal, social and ethical questions related to euthanasia and assisted suicide. A report is due by the end of the year.

Scope of the Investigation

The witnesses heard so far have helped the Committee to collect valuable information. They have also clearly revealed the scope of the Committee's task and the difficulties the Committee will have in identifying solutions acceptable to the greatest number of people, and thus, reconciling seemingly irreconcilable positions. The following examples give an idea of the scope of the Committee's investigation:

- problems of definition;
- withholding and withdrawal of treatment;
- recognition of living wills or advance directives;
- question of competence of the patient and related problems of decision-making authority;
- ethical considerations;
- the availability of palliative care in Canada;
- the administering of narcotic drugs for the purpose of pain control in amounts known to shorten life; and
- the administering of a lethal injection.

These positions were presented to the Committee by individuals and professionals who appeared in order to present their personal

Members of the Special Senate Committee

Hon. Joan B. Neiman Q.C.*
(Chair)

Hon. Thérèse Lavoie-Roux*
(Vice-Chair)

Hon. R. J. (Ray) Perrault P.C.

Hon. Eymard Corbin

Hon. Gérald-A. Beaudoin Q.C.

Hon. Mabel M. DeWare*

Hon. Wilbert J. Keon.

* indicates member of the Steering Committee



The Bulletin is published by the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide and is available on request to individuals interested in the work of the Committee. Anyone wishing to be added to the mailing list or to submit a brief or testify before the Special Committee should contact the Clerk of the Committee at the following address.

Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide

140 Wellington Street,

Ottawa, Ontario K1A 0A4

Fax (613) 947-2104

Internet 73657.1332@Compuserve.com

views or those of the organizations they represented.

Witnesses - Month of May

The Committee worked throughout the month of May, holding hearings each week. It heard 13 witnesses, including physicians (particularly working in the field of palliative care), social workers, legal experts and university professors. Most of the

witnesses advocated better access to palliative care for all Canadians. They stressed the need for training and research in that field as well as more funding to improve the kind of care that could be provided to terminally ill patients. Witnesses who expressed such views included:

- Dr. Elizabeth Latimer, Director of Palliative Care at the Hamilton Civic Hospital

- **Dr. Paul Henteleff**, President of the Canadian Palliative Care Association
- **Dr. James McGregor** of the Ontario Palliative Care Association
- **Dr. Balfour Mount**, Professor at McGill University and Director of Palliative Care at the Royal Victoria Hospital
- **Dr. Margaret Scott** of the Canadian Cancer Society. (Dr Scott also urged the Committee to visit a palliative care unit.)
- **Dr. Marcel Boisvert**, also of the Palliative Care Unit of the Royal Victoria Hospital, is of the opinion, however, that physician-assisted death could, in exceptional cases, be necessary and even desirable from a humanitarian point of view.
- **Dr. André Lafrance** spoke on behalf of the *Ottawa and District Physicians Who Respect Human Life*.

Committee members also had an opportunity to hear from **Prof. Margaret Somerville**, Director of the Medicine, Ethics and Law Centre at McGill University, and **Prof. Barney Sneiderman** of the Faculty of Law of the University of Manitoba who both dealt with the legal and ethical aspects of euthanasia and assisted suicide.

Social workers active in palliative care units also had an opportunity to express themselves before the Committee including **Ms Julie Foley**, President of the Canadian Association of Social Workers; and **Mr. Yvon Bureau**, President of the organization *Responsable jusqu'à la fin*.

The organization *Dying with Dignity*, represented by Executive Director **Ms Marilynne Seguin** and lawyer **Mr. Martin Campbell**, presented an argument in favour of decriminalization of assisted suicide for competent persons under adequate guidelines.

Lastly, the Committee was very interested to hear the testimony of **Mrs. Fay Struthers** and **Mrs. Louise Normandin Miller**, whose husbands had died following terminal illness.

What was heard so far

The following are some extracts from questions posed by the members, letters received from the public as well as statements from the witnesses made during their presentation.

Definitions

There is in the grassroots of the medical profession a considerable lack of clarity at this time as to what would be ethical decision-making which is acceptable and sound and where the border would be between that and euthanasia. (Dr. Latimer, May 4, 1994)

You said you cannot really define "terminal illness". So where do we stop? We do not know what terminal illness implies, do we? (Sen. Neiman, May 18, 1994)

We need to start with a clear definition of euthanasia in this debate. I have learned that with a precise definition of terminology, we can save hours of discussion. (Sen. Beaudoin, May 18, 1994)

Is assisted suicide a form of euthanasia? (Sen. Beaudoin, May 25, 1994)

We have had excellent witnesses before us from palliative care groups. They have told us that they give social and physio care to all their people. One of them told us that they had a patient whom they were keeping comfortable to the end of his

days, and that in order to keep that patient comfortable they had to sedate him to the point that he was asleep for the last four or five days, because that is what the patient wished. How do you define the line between that and euthanasia? (Sen. DeWare, May 18, 1994)

Isn't there a difference between giving a patient a lethal injection and increasing the doses of morphine or another drug slowly that would indirectly bring about death? (Sen. Lavoie-Roux, May 25, 1994)

If the dose of morphine is the dose required to control the pain, then it is certainly not euthanasia, even if the dose is such that it involves a risk of respiratory failure or death. It is the intention that matters in euthanasia. (Dr. Lafrance, May 25, 1994)

Although cessation and non-initiation of treatment have been considered as "passive euthanasia", in fact, we believe that they simply represent non-interventionist actions allowing the natural history of the illness to progress. These acts are not considered to be euthanasia or assisted suicide. (Dr. McGregor, May 4, 1994)

Rights and responsibilities

Would you consider that there is such a right as the right to commit suicide? And if there is such a right, is there an obligation for another person to help somebody to commit suicide, in the name of equality before the law? (Sen Beaudoin, May 25, 1994)

"(...) Again let me stress the absolute pre-eminence of the soul and the total autonomy of its free will within the life of the individual.(...) It is the collective duty to respect the free will of every fellow soul. We may disagree with their decisions, but as long as the soul-within-the-body is both sane and conscious, we dare not interfere.(...) Therefore we have no right to impose our will upon another, which, conversely means that the would-be-suicide can not impose his(her) will upon another to assist in the proposed suicide." The Rt. Rev. Dr. B. Osborg, OSL, (Bridgetown, Nova Scotia)

My problem with the right to die, therefore, is even though it came out of the context of the right to refuse treatment, it meant you had a right — actually, it is a right not to be officiously kept alive or to have your dying prolonged. However, if it is a right to die, then you can exercise that right by having someone else kill you. (Prof. Somerville, May 18, 1994)

Is our state strong enough to allow probably the vast majority of people to accept palliative care and death in the normal course while at the same time allowing a small percentage of people the right to make the decisions that centre around speeding the dying process? (Mr. Campbell, May 25, 1994)

Competence and consent

People don't know that they have the right to refuse the treatment that is offered to them. (Mr. Bureau, May 4, 1994)

Rational decisions are almost always influenced by some emotion or another. In that context, would a rational

decision influenced by emotion still allow a person to be considered competent? (Sen. Neiman, May 20, 1994)

You put considerable emphasis on euthanasia on request. Is it possible to distinguish between requests from patients and requests from family? What about the possibility of the family influencing the patient? (Sen. Lavoie-Roux, May 18, 1994)

Freedom of choice is possible when a person is conscious. But what if a person is not conscious? (Sen. Beaudoin, May 25, 1994)

"(...) *"There is a difference between refusal of medical intervention and intentionally causing death by euthanasia. Canadian law already recognizes the right of an individual to refuse treatment and to make their own treatment decision (...)* I have struggled with this question as I see my neighbour receive monthly blood transfusions in order to enable him to live. Is it not more humane just to let him die? No! No! Not if he wants to live or even if he did not want to live. He has the prior right to treatment just as any other Canadian. I do not think that anyone has the right to decide for him when life is no longer worth the living. Even if he is suffering a little he thinks that his quality of life is still worth hanging on to at all costs."

Mrs. Irma DeVries, (Harriston, Ont.)

It is only when turning off is justifiable, and usually it is justifiable if the person has consented either at the time or in advance or, and this is more debatable, it is considered futile treatment. But the trouble is once you get into "futile treatment" you have value judgments. (Prof. Somerville, May 18, 1994)

I suppose there is such a thing as a worst case scenario where, especially the immediate family or friends, or the assisting doctor and nurses may be pulled apart by what they see before them. What happens in a situation like that? (Sen. Corbin, May 4, 1994)

"(...) *My patients' conditions run from ALS, cancer (end stage) C.V.A. These people are bathed, fed, diapered daily. Many have their minds but are unable to communicate. As you feed these people some have tears in their eyes and clench their mouths shut, they want to die. (...) I hear on a daily basis "I want to die", don't let them put tubes in me". These people want death with the dignity that they lived with. I'm not saying it should be done for people who, because of their mental capacity do not understand, but if they can make a knowledgeable choice, they should have the right to doctor assisted death. Get rid of the word suicide.*"(...)

Linda Newman, R.N. (Cornwall, Ont.)

I would be concerned about abuse because there is so much that is subjective. Whether we talk about equality of life or death with dignity, all those things are clearly in the eyes of the beholder. We get into dangerous territory if there is room for that subjective assessment of someone else. (Ms Foley, May 4, 1994)

Living wills

Will a living will stand up in court, if contested by the family? (Sen. DeWare, May 4, 1994)

Ethics

To me, the question is not whether I am for euthanasia or not. The question is (...) are

there circumstances, however rare, where the suffering of a patient is such that it would justify or legitimize the shortening of life?

(Dr. Boisvert, May 18, 1994)

"(...) Euthanasia involves the ethics of all physicians, nurses, hospitals and extended care units, geriatric centres, children hospitals, armed forces, anyone and everyone that is involved in the care of people. These are the ones who have the experience and first hand knowledge, and can and should decide on changing the law on their oaths of keeping people living against their will with heavy medication, which can be gruesome. The physicians know when humans are deteriorating, and at what rate. They should be able to, at the request of their patient, or the patient proxy, -when the time comes, to stop all medication, except pain killers for easement of suffering. Let people die naturally! (...)"

L.V. Hauser,
(Aldergrove, B.C.)

The question that the committee and our nation faces does not involve an intellectual ethicist's solution, it involves the question of how to treat, at the bedside, a specific clinical situation with a given patient and family.

(Dr. Mount, May 11, 1994)

Ethics in the context of the topic here today, namely euthanasia, is a bedside question. We can talk about it, we can discourse about it and philosophize about it, but in the end it is a question that has to be debated and decided at the bedside.

(Dr. Boisvert, May 18, 1994)

Physician-mediated killing of patients is bad for doctors because it erodes the moral mission of medicine.

(Dr. Lafrance, May 25, 1994)

"(...) I believe it is unwise to legalize assisted suicide. I am sure you agree that hard cases make bad law and it is especially dangerous when considering the taking of human life. Human wisdom and integrity is not great enough to give us the right to decide when life should end. Death as a solution to pain and suffering slides very easily into the utilitarian ethic where certain people may feel obligated to opt for it because they feel a burden or less than human."

Leona Chalmers, R.N.,
(Winnipeg, Man.)

Pain and suffering

The statistics vary on what we can do with physical pain, but we have a high yield for physical pain. In the situations where we do not have specific reversible symptom control, analgesic approaches, whether by drugs or by X, Y and Z, we can always go to drugs that dull the perception of the pain, even if they shorten life. That is perfectly acceptable, good medicine.

(Dr. Scott, May 25, 1994)

Perhaps what is needed is some study, some research into what actually is suffering, what constitutes suffering for individuals and the whole scope of the problem, so that we can begin to address it on a more universal, global or whole-person manner.

(Dr. McGregor, May 4, 1994)

Palliative care

Palliative care in an organized and accessible form is available in any large urban centre in Canada. There will be a number of smaller centres where limited skilled resources are available. Rural areas are the most difficult for service to be provided. The biggest problem has to do not so much with the quantity and

placement of service as its connectedness or disconnectedness from other care.

(Dr. Henteleff, May 11, 1994)

"(...) "Naturally some of us are rightly concerned about being hooked up to, and kept alive unduly by a machine when natural death would be more compassionate. Our citizens need to be informed and reassured that no one in this country need allow hospitals or doctors to take over our lives and force us to accept unwanted treatment or medication. What Canadians need and will want, once informed, is the availability of more palliative care where they can spend their last days in the hands of caring people trained for this difficult period of life." (...)

John-Paul Munroe,
(Kitchener, Ont.)

Even when that solution [palliative care] is there, it is not the answer for everyone.

(M. Séguin, May 25, 1994)

Guidelines

Many people say that there is a danger that the elderly will be put away and their estates will be affected by greedy relatives. What kind of protection do the elderly have under these circumstances?

(Sen. Perrault, May 25, 1994)

The mechanism which Parliament chooses to regulate this issue can be the Criminal Code but it need not be the Criminal Code. I think the key concept is there cannot be a blanket absolute removal of the prohibition without some other statutory framework which would present to the public safeguards, safeguards for vulnerable people, a process which could be followed, guidelines for physicians,

protection for physicians from civil or criminal suits, a whole variety of matters, many of which have been touched on in our guidelines.

(Mr. Campbell, May 25, 1994)

"I sincerely expect that the real duty of your committee is to set up long-overdue guidelines so that dying Canadians can exercise their basic right to self-determination without being coerced by anyone. These guidelines should avoid the narrow-minded assumption that everyone who chooses death has to be considered to be a psychiatric case."

Ann Davis
(Nepean, Ont.)

However, legal safeguards really do not address the nature of the society in which euthanasia would be performed.

(Prof. Sneiderman, May 18, 1994)

Psychology of death

This concerns the act of dying. There are physiological processes and mental processes involved. Would I be wrong in assuming that there is a point where to the onlooker there is a reaction to what appears to be extreme, crucial pain in the patient but surely nature must have had some compassionate thoughts at this moment of existence? Do we have evidence that in taking its course nature has thought about being kind to the patient?

(Sen. Corbin, May 4, 1994)

Is the desire to be killed or the desire to have euthanasia a pathological condition?

(Sen. Keon, May 11, 1994)

...when dying patients receive palliative care, or care of excellence in this way, they

rarely request euthanasia or physician assisted suicide.

(Dr. Latimer, May 4, 1994)

(...) "I sympathize with those who are facing death from cancer, AIDS, Alzheimer's, Lou Gehrig's or another disease. Dying is not something we easily come to terms with. Despite this I cannot support suicide, assisted suicide or euthanasia. A society which starts to allow its members to diminish respect for life, will soon start to discard those who are non-productive, ... those whose care is too expensive, etc."

Thérèse S. Allard,
(Sydney, B.C.)

"We understand your committee is to consider assisted suicide decriminalization. We exhort all to say no. Suicide is never an answer; it leaves a family devastated, and asking someone else to do it for you is to cheapen life - yours, theirs and ours. We must give our best care to the very ill. Palliative care is much improved and more should be researched and spread. But we must not start aiding in the killing of our elderly, handicapped and very ill. Suffering and death are a part of life and we cannot guarantee an easy departure for anyone - and this has not to do with "dying with dignity" - the catch phrase of the day.(...)"

Our daughter, 35 years, has A.L.S. - same as Sue Rodriguez, Stephen Hawking, Dennis Kaye and Lou Gehrig. She is more in need of help than Sue was but runs her home, raises their 5 year old son, with the loving help of her husband and nurses. She lives with A.L.S. and, though we and she empathize so much with Sue, suicide was not considered an answer. Happiness and hope - one day at a time - it has been 5 years now and she is up-beat and enjoying the good happenings of each day. It is not up to us - or doctors - to decide on anyone's death. We don't do it to

our worst criminals. Please vote no to any change in the law."

Hal and Kae Spelliscy,
(Victoria, B.C.)

(...) if euthanasia is to live up to its promise as the medical measure of last resort, then we must first come to grips with the very nature of our health care system, and in particular with how it treats the sorely afflicted and the dying.

(Prof. Sneiderman, May 18, 1994)

The Committee has received over 200 submissions from four letter writing campaigns opposing any changes in the law relating to assisted suicide. People in British Columbia have sent the most letters followed by Ontario, Nova Scotia, Saskatchewan, Quebec, New Brunswick and Alberta.

One of the witnesses to appear before the Committee, Marilynne Seguin, turned over 100 letters favouring changes to the legislation.

What happens next

The Committee is scheduled to continue its hearings until July 6. In September, it will travel to Vancouver and Winnipeg and will hold further hearings in Ottawa.

The Committee has invited the federal Ministers of Justice and Health as well as the provincial Attorneys General and Ministers of Health. It has also invited every college of physicians to appear before it or to convey their comments and observations so that the Committee has a better understanding of the policies, guidelines and practices of the medical profession in all parts of the country.

Members of the Committee look forward to receiving many more expressions of opinions by individuals and groups in the coming months.

ANNEXE B

BULLETIN DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Bulletin n° 2

1er juin 1994

Mandat

Un comité spécial du Sénat examine en ce moment les aspects juridiques, sociaux et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté. Son rapport est attendu avant la fin de l'année.

Champ d'enquête

Les témoignages entendus à ce jour ont permis au Comité de recueillir de précieuses informations mais ont aussi révélé avec plus d'acuité l'ampleur de sa tâche et les difficultés qu'il aura à trouver des solutions acceptables pour le plus grand nombre, c'est-à-dire à concilier des positions apparemment irréconciliables.

Les exemples suivants donnent un aperçu de la tâche du Comité:

- problèmes de définition;
- refus et cessation de traitement;
- reconnaissance des testaments biologiques et directives données à l'avance;
- problèmes liés à la capacité de la personne et à l'autorité décisionnelle;
- considérations éthiques;
- disponibilité des soins palliatifs au Canada;
- administration de narcotiques analgésiques à des doses qui ont pour effet d'écourter la vie;
- administration d'une injection mortelle.

Ces problèmes ont été exposés par des particulier ou des professionnels venus défendre leur point

Membres du Comité spécial

*L'hon. Joan B. Neiman C.R.**
(Président)

*L'hon. Thérèse Lavoie-Roux**
(Vice-présidente)

L'hon. R. J. (Ray) Perrault C.P.

L'hon. Eymard Corbin

L'hon. Gérald-A. Beaudoin C.R.

*L'hon. Mabel M. DeWare**

L'hon. Wilbert J. Keon

** membre du comité directeur*



Le Bulletin est publié sous les auspices du comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté. Il est disponible sur demande aux personnes intéressées au travail du comité. Les personnes qui désirent recevoir une copie du Bulletin ou soumettre un mémoire au comité ou comparaître devant le comité doivent écrire au Greffier du Comité spécial à l'adresse suivante:

Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté
140 rue Wellington,
Ottawa, Ontario K1A 0A4
Fax (613) 947-2104
Internet: 73657.1332@compuserve.com

de vue personnel ou celui de l'organisme qu'ils ou elles représentaient.

Témoignages : mai 1994

Le Comité spécial a poursuivi ses travaux durant tout le mois de mai, tenant des audiences chaque semaine. Les membres du Comité ont ainsi pu entendre 13 témoins, notamment des médecins (affectés spécialement aux soins palliatifs), des travailleurs sociaux, des juristes et des professeurs d'universités. La plupart ont préconisé un meilleur accès au système de soins palliatifs pour tous les Canadiens. Ils ont souligné le grand besoin de recherche et de formation dans ce domaine, afin d'améliorer les soins offerts aux ma-

lades en phase terminale. Les témoins suivants se sont exprimés en ce sens:

- **Dr Elizabeth Latimer**, directrice des soins palliatifs à l'Hôpital civique de Hamilton
- **Dr Paul Henteleff**, président de la Canadian Palliative Care Association
- **Dr James McGregor**, de l'Ontario Palliative Care Association
- **Dr Balfour Mount**, professeur à l'Université McGill et directeur du service des soins palliatifs à l'Hôpital Royal Victoria

- **Dr Margaret Scott**, de la Société canadienne du cancer. (En outre, le Dr Scott a pressé le Comité d'aller visiter une unité de soins palliatifs.)
- **Dr Marcel Boisvert**, rattaché aussi à l'unité des soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria, mais qui est d'avis que l'euthanasie peut, dans des cas exceptionnels, s'avérer nécessaire, voire humainement souhaitable.
- **Dr André Lafrance**, qui a parlé au nom du *Ottawa and District Physicians Who Respect Human Life*.

Les membres du Comité ont également pu s'entretenir avec la **Prof. Margaret Somerville**, directrice du Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill et le **Prof. Barney Sneiderman**, de la faculté de droit de l'Université du Manitoba, qui ont abordé les aspects juridiques et éthiques de la question.

Des travailleurs sociaux oeuvrant dans des services de soins palliatifs ont pu se faire entendre, notamment **Mme Julie Foley**, présidente de l'*Association canadienne des travailleurs sociaux* et **M. Yvon Bureau**, président de l'organisme *Responsable jusqu'à la fin*.

La société *Dying with Dignity*, représentée par sa directrice générale, **Mme Marilynne Séguin** et par **M^e Martin Campbell**, avocat, a plaidé en faveur de la décriminalisation du suicide assisté pour des personnes aptes, suivant des directives adéquates.

Enfin, le Comité a écouté avec grand intérêt les témoignages de **Mme Fay Struthers** et de **Mme Louise Normandin-Miller**, dont les maris sont décédés des suites d'une maladie terminale.

Ce qui a été dit

Les citations suivantes sont tirées des questions posées par les membres du Comité, des lettres envoyées par le public ainsi que des déclara-

tions faites par les témoins lors des audiences.

Définitions

Au cœur même de la profession médicale, il y a manque de clarté actuellement sur ce qu'est une décision morale acceptable, sensée, et où se situe la limite entre cette décision et l'euthanasie.

(Dr Latimer, 4 mai 1994)

Vous avez dit que nous ne pouviez pas clairement définir ce qu'était la phase terminale d'une maladie. Alors, où faut-il s'arrêter? On ne sait pas ce que signifie phase terminale, n'est-ce pas?

(Sén. Neiman, 18 mai 1994)

Il nous faut définir au départ les mots et les expressions utilisées dans ce débat. J'ai appris qu'avec une définition exacte des termes, on pouvait éviter des heures de discussion.

(Sén. Beaudoin, 18 mai 1994)

Le suicide assisté est-il une forme d'euthanasie?

(Sén. Beaudoin, 25 mai 1994)

Nous avons entendu l'excellent témoignage de représentants de groupes responsables de soins palliatifs. Ceux-ci nous ont dit qu'ils administrent des traitements de physiothérapie et offraient des services à caractère social à tous les patients. L'un d'entre eux nous a déclaré que pour éviter à un certain malade de souffrir jusqu'au dernier moment, ils avaient dû lui administrer une dose de sédatifs qui l'ont plongé dans le sommeil pendant les quatre ou cinq derniers jours de sa vie, car tel était son désir. Quelle est la différence entre cela et l'euthanasie?

(Sén. DeWare, 18 mai 1994)

N'y a-t-il pas de différence entre l'administration d'une dose mortelle et l'augmenta-

tion graduelle de la dose de morphine ou de tout autre narcotique causant indirectement la mort?

(Sén. Lavoie-Roux, 25 mai 1994)

(...) si la dose de morphine est celle qui est nécessaire pour contrôler la douleur, ce n'est certainement pas l'euthanasie, même si la dose est telle qu'elle comporte un risque d'arrêt respiratoire et de mort. C'est l'intention qui compte dans l'euthanasie.

(Dr Lafrance, 25 mai 1994)

La cessation du traitement ou le fait de ne pas l'entreprendre constitue pour certains une « euthanasie passive »; nous considérons qu'elle est en fait un acte de non-intervention qui permet à la maladie de suivre son cours normal. Cet acte ne relève pas de l'euthanasie ni du suicide assisté.

(Dr McGregor, 4 mai 1994)

Droits et responsabilités

Pensez-vous qu'existe le droit au suicide? Si ce droit existe, une personne serait-elle alors dans l'obligation d'en aider une autre à se suicider, en vertu du principe d'égalité devant la loi?

(Sén. Beaudoin, 25 mai 1994)

(...) "J'insiste sur la prééminence absolue de l'âme et sur l'autonomie totale de sa liberté dans la vie de l'individu. (...) Nous avons le devoir collectif de respecter la liberté de chaque âme humaine. Nous pouvons être en désaccord avec sa décision, mais du moment que l'âme qui anime le corps est saine et consciente, nous n'osons pas interférer. (...) Nous n'avons donc pas le droit d'imposer notre volonté à autrui, ce qui implique que le malade qui veut se suicider ne peut pas exiger d'un autre qu'il l'aide à le faire."

Le très révérend Dr B. Osborn
(Bridgetown, Nouvelle-Écosse)

Par conséquent, pour moi, le droit de mourir pose un problème, même si ce droit prend la forme d'un refus de traitement. C'est vrai que c'est un droit de ne pas vouloir être maintenu artificiellement en vie ou que son agonie soit prolongée. Mais, si mourir est un droit, alors on peut l'exercer en demandant à quelqu'un de nous tuer.

(Prof. Somerville, 18 mai 1994)

Notre État est-il suffisamment fort pour mettre à la disposition de la vaste majorité, probablement, des soins palliatifs pour qu'elle puisse mourir de sa belle mort tout en autorisant un petit pourcentage à prendre des décisions visant à faire mourir plus vite les malades?

(M. Campbell, 25 mai 1994)

Compétence et consentement

Les gens ne savent pas qu'ils ont le droit de refuser un traitement médical.

(M. Bureau, 4 mai 1994)

Les décisions rationnelles étant presque toujours influencées par des éléments d'ordre affectif, peut-on quand même considérer qu'une personne est compétente quand elle prend ce genre de décision?

(Sén. Neiman, 20 mai 1994)

Vous mettez beaucoup d'accent sur l'euthanasie sur demande. Comme vous avez eu une longue expérience dans le domaine des soins palliatifs, est-ce que vous pensez que vous avez les outils nécessaires, s'il y a lieu, pour distinguer entre la demande qui vient de la famille et la possibilité de la famille d'influencer la demande du patient?

(Sén. Lavoie-Roux, 18 mai 1994)

La liberté de choix est possible lorsqu'une personne est consciente mais qu'en est-il

lorsque la personne est inconsciente?

(Sén. Beaudoin, 25 mai 1994)

(...) "Il y a une différence entre refuser l'intervention médicale et causer volontairement la mort par euthanasie. La loi canadienne reconnaît déjà à l'individu le droit de refuser un traitement et de décider lui-même du traitement. (...) Je réfléchis à cette question en voyant mon voisin recevoir les transfusions sanguines mensuelles qui lui permettent de vivre. Il n'est pas plus humain de le laisser mourir. Non! Non! Pas s'il veut vivre et même s'il ne voulait plus vivre. Il a un droit inhérent au traitement médical tout comme n'importe quel autre Canadien. Personne n'a le droit de décider à sa place quand sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Même s'il souffre un peu, il estime que sa qualité de vie est suffisante pour qu'il s'y accroche à tout prix."

M^{me} Irma DeVries
(Harriston, Ontario)

Ce n'est acceptable qu'au moment où le débranchement est justifiable, et en général il l'est si la personne donne son accord sur le moment ou d'avance, ou encore si l'on juge le traitement inutile. Encore que la question de déterminer si le traitement est inutile relève d'un jugement de valeur.

(Prof. Somerville, 18 mai 1994)

J'imagine que des fois, dans le pire des scénarios, la famille immédiate ou les amis les plus proches, ou encore le médecin et les infirmières peuvent être déchirés par ce qu'ils voient. Qu'arrive-t-il dans de tels cas?

(Sén. Corbin, 4 mai 1994)

"Mes malades souffrent de SLA, de cancer en phase terminale, d'ACV. Ils sont baignés, nourris, changés tous les jours. Bon nombre d'entre eux sont lucides, mais incapables de communiquer. Quand on les alimente, il y en a qui ont les yeux en larmes et ferment la bouche, ils veulent mourir. Tous

les jours, des malades me disent "je veux mourir", "ne me mettez pas ces tubes". Ils veulent mourir comme ils ont vécu, c'est-à-dire dans la dignité. Je ne dis pas qu'il faille le faire dans le cas des malades dont les facultés mentales sont affaiblies, mais s'ils peuvent faire un choix informé, ils devraient avoir droit à la mort assistée par un médecin. Débarrassons-nous du mot suicide."

Linda Newman,
(Cornwall, Ontario)

Je pense que la porte est ouverte aux abus, car il y a tellement d'éléments subjectifs. Quand on parle d'égalité devant la vie ou de mort dans la dignité, on se place toujours du point de vue du spectateur. Nous sommes en territoire dangereux si nous laissons place au jugement subjectif d'une tierce personne.

(Mlle Foley, 4 mai 1994)

Le testament biologique

Les tribunaux reconnaîtraient-ils la validité du testament biologique en cas de contestation de la part de la famille?

(Sén. DeWare, 4 mai 1994)

Considérations éthiques

"La question n'est pas pour moi de savoir si je suis pour ou contre l'euthanasie, mais de savoir si dans certaines circonstances, rares, l'intensité de la souffrance du patient ou ses conditions de survie sont telles qu'elles justifient ou légitiment le fait de mettre fin à ses jours."

(Dr Boisvert, 18 mai 1994)

(...) "L'euthanasie met en cause l'éthique des médecins, des infirmières, des hôpitaux, des centres de soins prolongés, des centres gériatriques, des hôpitaux pour enfants, des forces armées, de tous ceux, en un mot, qui soignent les gens. Ce sont eux qui ont les

connaissances et l'expérience nécessaires, ce sont eux qui peuvent et doivent décider de modifier la loi concernant le serment qu'ils ont fait de garder les gens en vie contre leur gré en les bourrant de médicaments, ce qui peut être épouvantable. Les médecins savent quand les êtres humains dépérissent et à quel rythme. Ils devraient pouvoir, à la demande du malade ou de son mandataire et le moment venu, cesser de lui administrer des médicaments sauf des analgésiques pour soulager la souffrance. Laissons les gens mourir naturellement!"(...)

L.V. Hauser,
(Aldergrove
Colombie-Britannique)

...le problème auquel fait face le comité et notre nation ne sera pas résolu par un éthicien intellectuel. La question est de savoir comment aborder une situation clinique particulière dans le cas d'un patient donné et de sa famille.

(Dr Mount, 11 mai 1994)

L'éthique en matière d'euthanasie, nous pouvons en discuter en long et en large, la disséquer par le menu, mais en fin de compte la discussion doit avoir lieu et la décision se prendre au chevet du patient.

(Dr Boisvert, 18 mai 1994)

Le suicide assisté est mauvais pour les médecins, parce qu'il mine la mission morale de la médecine.

(Dr Lafrance, 25 mai 1994)

(...) "Je crois qu'il est imprudent de légaliser le "suicide assisté". Vous conviendrez, j'en suis sûre, que les lois sont mauvaises quand elles sont basées sur les cas d'exception et qu'il est particulièrement dangereux d'envisager de donner la mort à un être humain. La sagesse et l'intégrité humaines ne sont pas assez grandes pour nous donner le droit de décider quand mettre fin à la vie. Lorsqu'on considère la mort comme une solution à la douleur et à la

souffrance, on s'engage sur la pente savonneuse d'une éthique utilitaire qui peut pousser certains à se sentir obligés d'opter pour le suicide parce qu'ils estiment qu'ils sont "un fardeau" ou qu'ils sont "moins qu'humains."

Leona Chalmers, infirmière
(Winnipeg, Manitoba)

La douleur et la souffrance

Les statistiques varient sur la question de savoir ce que nous pouvons faire en cas de douleur physique, mais nos ressources sont assez importantes. Quand on ne peut pas recourir à des méthodes particulières de contrôle des symptômes par les analgésiques, qu'il s'agisse de médicaments ou d'autres moyens, on peut toujours recourir à des substances qui atténuent la douleur, même si elles raccourcissent la vie. C'est considéré comme tout à fait acceptable.

(Dr Scott, 25 mai 1994)

Il serait peut-être utile de faire des recherches sur ce qu'est véritablement la douleur, ce qui constitue la souffrance et sur toute la portée du problème, afin qu'on puisse envisager la question d'un point de vue plus universel, plus global, plus holistique.

(Dr McGregor, 4 mai 1994)

Les soins palliatifs

Des soins palliatifs organisés sont offerts dans tous les grands centres canadiens. Il y aura un certain nombre de centres plus petits, où des ressources qualifiées, quoique limitées seront offertes. Les régions rurales sont celles où il est le plus difficile d'offrir des services. Le principal problème tient non pas tant à la quantité et à l'emplacement des services qu'au fait qu'ils soient ou non reliés à d'autres types de soins.

(Dr Henteleff, 11 mai 1994)

(...) "Certains d'entre nous s'inquiètent avec raison d'être un jour maintenus indûment en vie par une machine alors que la mort naturelle serait plus humaine. Il faut donner aux gens l'assurance qu'il n'est pas question dans ce pays de permettre aux hôpitaux ou aux médecins de prendre notre vie en main et de nous forcer à accepter un traitement ou des médicaments. Ce dont les Canadiens ont besoin et ce qu'ils voudront lorsqu'ils seront informés, c'est un meilleur accès aux soins palliatifs afin qu'ils puissent passer leurs derniers jours entre les mains de gens compatissants formés pour les aider à franchir cette difficile étape de la vie."

John-Paul Munroe
(Kitchener, Ontario)

Même les soins palliatifs ne sont pas une solution pour tout le monde.

(M. Séguin, 25 mai 1994)

Directives

Plusieurs prétendent qu'il y a un danger pour les personnes âgées dont des parents souhaiteraient s'emparer de leurs biens. Quelle protection pourrait avoir la personne âgée en de telles circonstances?

(Sén. Perrault, 25 mai 1994)

Le mécanisme choisi par le Parlement pour régler la question est le Code criminel, mais cela pourrait être autre chose. Je pense que le plus important est de reconnaître qu'on ne peut pas autoriser en bloc l'euthanasie sans établir de garde-fous juridiques pour protéger le public, les gens vulnérables, c'est-à-dire déterminer le processus à suivre, des directives pour les médecins, des mécanismes de protection des médecins en cas de poursuites civiles ou criminelles, etc., un grand nombre de ces éléments étant définis dans nos lignes directrices.

(Mr. Campbell, 25 mai 1994)

J'estime sincèrement que la tâche de votre comité consiste à élaborer enfin des lignes directrices qui permettent aux mourants d'exercer leur droit fondamental à l'autodétermination sans subir la moindre coercition. Ces lignes directrices doivent faire abstraction de l'opinion suivant laquelle tous ceux qui optent pour la mort doivent être considérés comme des cas psychiatriques." (...)

Ann Davis,
(Nepean, Ont.)

Mais les garde-fous juridiques ne tiennent pas compte de la société dans laquelle l'euthanasie serait pratiquée.

(Prof. Sneiderman, 18 mai 1994)

La psychologie de la mort

Nous parlons ici du processus même de la mort, qui a un volet physiologique et un volet mental. Ce qui peut sembler, pour l'observateur, une douleur intolérable est peut-être adoucie par une action compensatrice de la nature, qui se montrerait alors compatissante. Car enfin, que savons-nous de la nature? Elle a peut-être prévu quelque chose pour alléger le fardeau du mourant.

(Sén. Corbin, 4 mai 1994)

Le désir d'être tué ou le désir de se faire euthanasier ressort-il à une condition pathologique?

(Sén. Keon, 11 mai 1994)

Quand les patients reçoivent des soins palliatifs, ou d'autres soins de qualité du même genre, ils demandent rarement l'euthanasie ou le suicide assisté.

(Dr Latimer, 4 mai 1994)

(...) "Je sympathise avec ceux qui font face à la mort par le cancer, le sida, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Lou Gehrig, etc. Il n'est jamais facile d'accepter la mort.

Malgré tout, je ne peux pas appuyer le suicide, le suicide assisté ou l'euthanasie. Une société qui permet à ses membres de manquer de respect pour la vie se mettra sous peu à se débarrasser de ceux qui ne sont pas productifs, (...) de ceux dont les soins coûtent trop cher, etc."

Thérèse S. Allard
(Sydney, Colombie-Britannique)

"Nous croyons comprendre que votre comité doit se pencher sur la décriminalisation du suicide assisté. Nous vous exhortons à dire non. Le suicide n'est jamais une solution; il dévaste la famille et le fait de demander à quelqu'un de le faire à votre place déprécie la vie, la vôtre, la leur et la nôtre. Nous devons prodiguer les meilleurs soins possibles aux grands malades. Les soins palliatifs ont beaucoup progressé et il faut encore les développer et les répandre. Mais nous ne devons pas commencer à aider les vieillards, les handicapés et les grands malades à se tuer. La souffrance et la mort font partie de la vie et on ne peut garantir à personne un départ facile — et ceci n'a rien à voir avec "la mort dans la dignité", le mot de passe du jour. (...) Notre fille de 35 ans souffre de SLA, la maladie de Sue Rodriguez, Stephen Hawking, Dennis Kaye et Lou Gehrig. Elle a davantage besoin d'aide que Sue, mais elle s'occupe de sa maison, élève son garçon de 5 ans avec l'aide de son mari et d'infirmières. Elle vit avec la SLA et, bien que nous sympathisions beaucoup elle et nous avec Sue, le suicide n'a pas été considéré comme une solution. Le bonheur et l'espoir un jour à la fois, voilà comment elle vit depuis cinq ans. Elle est pleine d'entrain et jouit de toutes les bonnes choses qui se produisent chaque jour. Ce n'est ni à nous ni aux médecins de décider de la mort de quelqu'un. Nous n'agissons pas de la sorte avec nos pires criminels. S'il vous plaît, voter non à toute modification de la loi."

Hal et Kae Spelliscy,
(Victoria, Colombie-Britannique)

Si l'euthanasie devient la mesure de dernier recours, il faut se poser des questions sur la véritable nature de notre système médical, et en particulier sur la façon dont sont traités les malades et les agonisants.

(Prof. Sneiderman, 18 mai 1994)

Le Comité a reçu plus de 200 lettres issues de quatre grandes campagnes menées contre tout changement à la législation sur le suicide assisté. Le plus grand nombre provenait de la Colombie-Britannique, suivie de l'Ontario, de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan, du Québec, du Nouveau-Brunswick et de l'Alberta.

En outre, l'un des témoins, Mme Marylinne Séguin, a remis au Comité une centaine de lettres en faveur de modifications législatives.

Le Comité continuera d'entendre des témoins jusqu'au 6 juillet. Il se rendra à Vancouver et à Winnipeg en septembre, puis poursuivra ses audiences à Ottawa.

Le Comité a invité les ministres fédéraux de la Justice et de la Santé, ainsi que les Procureurs généraux et les ministres de la santé de chaque province. Il a aussi invité tous les représentants des collèges des médecins à venir comparaître ou, à tout le moins, à transmettre leurs commentaires et observations, afin qu'il puisse mieux comprendre les politiques, les lignes de conduite et les pratiques du corps médical dans tout le pays.

Enfin, les membres du Comité espèrent vivement recevoir encore plus de courrier de la part des particuliers et des groupes dans les prochains mois.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Thomas More Lawyers' Guild:

Philip H. Horgan;
David Brown;
Angela Costigan;
Tim Egan.

From the Aids Committee of Toronto:

Alan Stewart;
Carol Yaworsky.

From the Canadian Aids Society:

Russell Armstrong;
Carol Neron;
Terry Goodwin;
Steve Harris.

From Laval University:

Danielle Blondeau.

From the Hospice of All Saints:

Barbara O'Connor;
Dr. Emily Geer.

De Thomas More Lawyers' Guild:

Philip H. Horgan;
David Brown;
Angela Costigan;
Tim Egan.

De Aids Committee of Toronto:

Alan Stewart;
Carol Yaworsky.

De Canadian Aids Society:

Russell Armstrong;
Carol Neron;
Terry Goodwin;
Steve Harris.

De l'Université Laval:

Danielle Blondeau.

De Hospice of All Saints:

Barbara O'Connor;
Dr Emily Geer.

CA1
YC2
10041571



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Wednesday, July 6, 1994

Le mercredi 6 juillet 1994

Issue No. 13

Fascicule n° 13



WITNESS:
(See back cover)

TÉMOIN:
(Voir à l'endos)

THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
DeWare	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, July 6, 1994
(17)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 8:40 a.m. the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Corbin, DeWare, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault.(5)

Other Senator present: The Honourable Senator Lucier.(1)

In attendance: From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

WITNESS:

From La Maison Michel Sarrazin

Dr. Louis Dionne

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witness made a statement and answered questions.

At 10:10 a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

*Le greffier du comité,
Gary Levy
Clerk of the Committee*

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 6 juillet 1994
(17)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui, à 8 h 40, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Corbin, DeWare, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault. (5)

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Lucier. (1)

Également présente: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Mollie Dunsmuir.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

TÉMOIN:

De La Maison Michel Sarrazin:

Dr Louis Dionne.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences dans le cadre de l'étude de l'euthanasie et du suicide assisté.

Le témoin fait un exposé, puis répond aux questions.

À 10 h 10, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, July 6, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 8:40 a.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairman*) in the Chair.

The Chairman: We are pleased to have with us, at this early morning hour, Louis Dionne from La Maison Michel Sarrazin.

We are happy to have you with us this morning, Mr. Dionne. We look forward to hearing your remarks.

Dr Louis Dionne, directeur général, La Maison Michel Sarrazin: Madame la présidente, madame la vice-présidente, le sénateur Lavoie-Roux, autres membres du comité.

Tout d'abord, je vais me présenter. Je suis le directeur général de La Maison Michel Sarrazin. Madame Lavoie-Roux connaît la maison. Je vais vous en parler un tout petit peu tout à l'heure pour décrire la pratique des soins palliatifs.

Je suis aussi un oncologue spécialisé avec une pratique de 30 ans à l'Hôtel Dieu de Québec. C'est à ces deux titres et à un troisième, comme humain, que je vais vous parler aujourd'hui.

Je vais vous parler principalement de la souffrance et de la réponse à la souffrance qui se veut être, pour vous, l'euthanasie, pour nous les soins palliatifs.

La Maison Michel Sarrazin ne pratique pas l'euthanasie. Nous avons fait parvenir un document qui décrit bien le raisonnement qui sous-tend notre pratique de soins palliatifs et qui exclut dans nos principes l'euthanasie.

Je ne passerai pas à travers parce que je pense que vous avez eu l'opportunité de le lire. Je voudrais surtout faire l'apologie des soins palliatifs qui, pour nous, est la réponse à la question de l'euthanasie.

Des bons soins palliatifs excluent l'euthanasie parce que ce n'est plus nécessaire d'avoir l'euthanasie. On s'entend pour l'euthanasie sur la mort directe, volontaire, dans un geste actif, une mort rapide. C'est uniquement de cela que je vais parler, de l'euthanasie active.

Quant à l'euthanasie passive, c'est une pratique médicale qui est maintenant acceptée partout et qui est de bonne pratique médicale. Le refus de traitement, l'arrêt de traitement, ce sont des choses qui, pour la plupart des médecins, ne posent pas de problèmes, ni juridiques, ni moraux.

Dans ma présentation, je vais vous parler de deux ordres de symptômes, tout en faisant allusion à l'euthanasie: la douleur physique qui, parfois, est intolérable et la souffrance morale, ce que certains maintenant appellent la «détresse psychologique d'un patient».

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 6 juillet 1994

[Traduction]

Le Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 8 h 40 pour étudier, conformément à son ordre de renvoi, les questions d'ordre juridique, social et éthique que posent l'euthanasie et le suicide assisté, dans le but de présenter un rapport à ce sujet.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Nous avons le plaisir d'accueillir, de bonne heure ce matin, Louis Dionne, de La Maison Michel Sarrazin.

Nous sommes heureux de vous avoir avec nous ce matin, monsieur Dionne. Nous sommes impatients d'entendre ce que vous avez à dire.

Dr. Louis Dionne, Director General, Maison Michel Sarrazin: Madam Chairman, Madam Vice-Chairman, Senator Lavoie-Roux, members of the committee.

Let me start by introducing myself. I am the Director General of Maison Michel Sarrazin. Senator Lavoie-Roux knows our facility. Later on I'll talk a little bit about what palliative care entails.

I am also a specialist in oncology who has been practising for 30 years at Quebec City's Hôtel-Dieu hospital. It is in these two capacities — and a third, that of human being — that I will be speaking to you today.

I will be talking mainly about suffering and the best response to suffering, which you may see as euthanasia and we as palliative care.

Maison Michel Sarrazin does not practise euthanasia. We submitted a document to you that clearly sets out the reasoning behind our provision of palliative care, which excludes euthanasia on principle.

I won't go through it in detail, because I think you've all had an opportunity to read it. What I would like to do is justify the value of palliative care, which from our perspective is the answer to the question posed by euthanasia.

Good palliative care excludes euthanasia because it makes it unnecessary. By euthanasia is meant the direct, swift, deliberate ending of a human life by a definite action. When I speak of euthanasia it is active euthanasia that I invariably mean.

Passive euthanasia is a medical practice that is now universally accepted. It is sound medical practice. Refusing treatment, ceasing treatment, are things that pose no legal or moral problems for most doctors.

In this presentation I am going to discuss with you two categories of symptom in relation to euthanasia: physical pain, which can sometimes be intolerable, and mental suffering, which some people now refer to as the patient's psychological distress.

[Texte]

Les principaux objectifs des soins palliatifs, sont de soulager la douleur physique, d'accompagner la souffrance et d'accompagner le mourir puisque notre expérience à La Maison Michel Sarrazin ne touche que le malade cancéreux en phase terminale. Mes propos s'adresseront surtout pour ce type de pathologie.

Comme vous le savez, l'euthanasie a été principalement discutée en ce qui a trait à la phase terminale. Maintenant, on élargit le champ de la pratique de l'euthanasie. Mais au début, on parlait de malades atteints de maladies incurables et en phase terminale.

Le cancer est une maladie très particulière qui, dès son départ, crée une souffrance et qui peut même amener des gens à se questionner. Je vais vous en parler un peu plus tard. La ligne de pensée se traduit par deux mots en anglais «care and cure»; en français «soins et traitements».

Les soins palliatifs ne sont pas une thérapeutique au sens propre du mot, voulant altérer une maladie. La maladie cancéreuse, à la phase terminale, n'est plus traitée. Elle n'est plus traitable, tous les traitements ont été utilisés. Il ne reste que le «care», ou les soins palliatifs. C'est toute cette politique ou cette façon de faire qu'on appelle maintenant «la philosophie des soins palliatifs».

C'est vraiment une philosophie, puisqu'une philosophie, c'est une façon d'être, une façon de concevoir un problème. C'est une façon pour nous de concevoir le mourir et toute la pathologie qui entoure le mourir: le cancer, les symptômes, et cetera.

On parle évidemment de qualité de vie. C'est une notion qui est très théorique. Mais je vous dirai qu'à La Maison Michel Sarrazin, c'est très pratique. Je vous en reparlerai.

À La Maison Michel Sarrazin, si vous y veniez — sénateur Lavoie-Roux a connu La Maison Michel Sarrazin — je peux peut-être me permettre de vous dire, avant de prendre votre décision, vous devriez visiter des unités de soins palliatifs — il nous ferait grand plaisir de vous recevoir à Québec, si jamais vous voulez venir à La Maison Michel Sarrazin — pour que vous puissiez comprendre la portée des soins palliatifs par rapport à la souffrance humaine.

Si vous veniez dans une unité de soins palliatifs, vous verriez qu'on a créé un milieu pour répondre à la souffrance humaine en mettant autour du patient une expertise médicale qui corrige la symptomatologie, traite la douleur physique et tous les symptômes que l'on peut avoir en phase terminale d'une maladie cancéreuse. Nous avons toute une équipe formée de bénévoles, de professionnels et de membres de l'équipe qui travaillent dans La Maison Michel Sarrazin, par exemple, qui ont tous été formés pour accompagner, écouter, être présent à la souffrance. Le but étant de transformer une souffrance humaine pour essayer de lui donner un sens, une signification et la rendre tolérable.

Je pourrais vous citer énormément de témoignages, tant de la part des patients — nous avons eu plus de 3 000 patients — tant de la part des familles, tant de la part des soignants. Je vous en reparlerai tout à l'heure.

[Translation]

The main objectives of palliative care are the alleviation of physical pain and the provision of comfort and support during suffering and the dying process. Our experience at Maison Michel Sarrazin is solely with terminal cancer patients, so my remarks will speak to this type of pathology in particular.

As you know, euthanasia has traditionally been discussed in terms of the terminal phase of illness. Its scope has been broadened now, but traditionally euthanasia was discussed in relation to the incurably ill in the terminal phase.

Cancer is a unique disease that causes suffering right from the start and can even induce people to wonder about going on. I will come back to that a little later. The approach taken can be summed up in the expression "care and cure".

Palliative care is not, properly speaking, therapeutic — it does not try to "cure" the disease. Terminal cancers cease to be treated. There is nothing to be done: everything has been tried. All that remains is "care". This is the philosophy and the approach of what we call "palliative care".

It is genuinely a philosophy, since a philosophy is a way of being, a way of seeing a problem. It is a way for us to approach the dying process and the whole pathology that surrounds dying: the cancer, the symptoms, and so on.

Of course, people talk about "quality of life". It's a very abstract notion. But at Maison Michel Sarrazin it's very down-to-earth. I will come back to that.

If you were to visit Maison Michel Sarrazin, as Senator Lavoie-Roux has done — I might perhaps take the liberty of suggesting that before you reach any decision you should visit some palliative care units. We would be delighted to welcome you in Quebec City if ever you wanted to see Maison Michel Sarrazin. That way you would gain an understanding of the scope of palliative care in dealing with human suffering.

If you visit a palliative care unit, you will see that an environment has been created that responds to human suffering by surrounding the patient with medical expertise that corrects the symptoms, treats the physical pain and all the symptoms that a patient may have in the terminal phase of cancer. We have a whole team of volunteers and professionals who work in Maison Michel Sarrazin, who have all been trained to support, to listen, to be there for the patient who is suffering. The purpose is to transform human suffering so as to give it meaning and significance and make it bearable.

I could quote you many many things that patients — and we have had more than 3,000 — and their families and their caregivers have said about this. I will come back to it later.

[Text]

Cette expérience de près de 10 ans est pour nous très probante et fait la preuve évidente que la réponse à la souffrance est les soins palliatifs.

Si vous veniez, par exemple, à La Maison Michel Sarrazin, ou si vous alliez ici, à Élisabeth Bruyère — l'unité de soins palliatifs d'Ottawa — vous pourriez voir qu'il est possible de soulager la douleur physique dans la majorité des cas. Trois à 4 p. 100 ne sont pas soulagés. Mais dans la majorité des cas, la douleur physique est soulagée par une médication appropriée.

Il est possible d'accompagner la souffrance, de la rendre tolérable et de lui donner un sens. Il est possible de transformer l'événement «mourir» en un événement significatif, vivable et plein de richesses. Il est possible de créer des lieux où le malade souffrant, en phase terminale, va vivre plutôt que mourir, et rencontrer une équipe qui va le supporter, incluant sa famille. La société, à cet effet, a énormément à faire pour associer famille et souffrance.

Il est possible ainsi de transformer le mourir en un événement naturel de croissance. Pendant cette période de temps, l'individu va vivre comme un humain et croître au lieu de déchoir physiquement comme l'on voit souvent. À la déchéance physique, on ajoute un élément de confort, de sérénité, d'amour puisque l'équipe vit au sein d'une famille, dans un contexte où l'amitié, l'amour et le respect s'épanouissent.

Un malade souffrant d'un cancer du pancréas veut mourir, tellement la douleur est importante, tellement il est prostré par sa douleur. Si techniquement vous utilisez les bons traitements, vous soulagez sa douleur. Il est assez fréquent de voir à La Maison Michel Sarrazin un patient qui entre en phase terminale, prêt à mourir, et qui retourne chez lui pour deux, trois, ou quatre mois.

Au sujet de la souffrance, je vais vous en donner un exemple. Un monsieur de 72 ans entre à La Maison Michel Sarrazin. On apprend que sa fille est absente depuis plusieurs années, on crée un climat tel que l'on réunit le couple fille-père et, pendant le dernier mois, ce couple vit ensemble, se réconcilie. C'est ainsi que le milieu ou l'atmosphère a donné un sens à la souffrance.

Un autre exemple bien fondé des soins palliatifs et de leur place dans le traitement de la souffrance se donne ou se prend des membres de l'équipe qui, depuis 10 ans, sont encore à La Maison Michel Sarrazin. Lorsqu'ils doivent quitter, ils quittent à regret, voulant y rester parce qu'ils ont connu un milieu humain.

La maladie cancéreuse, en soi, c'est également souffrant dès le début. Si l'on vous annonce que vous avez un cancer, vous allez avoir d'emblée deux images: une image de mort et une image de mort pénible. Dès le début, vous allez avoir une souffrance morale ou psychologique et émotionnelle qui va dépasser souvent l'entendement pour des biens portants.

À la fin, je vous dirai, quand je parlerai des abus de l'euthanasie, que la détresse mentale est en train de devenir une raison pour faire de l'euthanasie.

[Traduction]

Our experience, stretching over almost 10 years now, is all the proof we need that the best response to suffering is palliative care.

If you visit Maison Michel Sarrazin, for example, or the Elisabeth Bruyère Centre here in Ottawa, you will see that it is possible to alleviate physical pain in a majority of cases. In about 3 to 4 per cent of cases the pain cannot be alleviated. But in most cases pain can be alleviated by appropriate medication.

It is possible to give support and comfort during suffering that makes it bearable and gives it meaning. The dying process can be transformed into a meaningful event, livable and bountiful. It is possible to create an environment to which someone who is both ill and in pain, and has reached the terminal phase of his illness, can go to live rather than go to die, where he will meet a team that will support him, including his family. Society has a great deal to do still in the way of involving the family in the sick person's suffering.

It is also possible to transform the dying process into a natural event in personal growth. During the dying process the individual can live and grow as a human being instead of just declining physically, as often happens. We counterbalance physical decline with comfort, serenity and love — since the team works within the family, in a context where friendship, love and respect flourish.

A patient with pancreatic cancer wants to die, the pain is so overwhelming and debilitating. If from the technical standpoint you provide good treatment, you relieve his pain. It is not uncommon at Maison Michel Sarrazin to see a patient arriving in the terminal phase, ready to die, who then goes home for two or three or four months.

I'll give you an instance. A gentleman of 72 years of age entered Maison Michel Sarrazin. We learned that his daughter had been gone for a number of years. We created a climate where they could be reunited, and for the last month of his life they lived together, they were reconciled. His environment, his surroundings, gave his suffering a meaning.

Another instance of the value of palliative care and its place in dealing with suffering can be found in the members of our team themselves who after 10 years are still at Maison Michel Sarrazin. When they move on, they do so with regret. They want to stay because they know it for a truly humane environment.

Cancer means suffering right from the start. If the doctor tells you you have cancer, two images will fill your mind right off: death, and dying in pain. You suffer mentally or psychologically and emotionally right from the start, and this suffering often exceeds anything a well person can understand.

At the end of these remarks, when I discuss abuses of euthanasia, I will describe how mental distress is starting to be advanced as a reason for euthanasia.

[Texte]

Ayant connu beaucoup de cancéreux, je pourrais vous dire qu'à l'annonce de la maladie, le patient étant par ailleurs en bonne santé, plusieurs pensent à terminer leur vie. Plusieurs se posent la question: Est-ce que cela vaut la peine? À quel prix est-ce que je vais être traité? Quelles vont être les conséquences sur ma vie? Pourquoi tant de souffrances?

La première phase du diagnostic se passe, le malade se réhabilite. S'il est bien traité, s'il est bien entouré, il reprend le goût de vivre et arrive quelques mois ou quelques années plus tard, la récurrence.

Au départ, nous pouvions offrir au patient la guérison. Lorsqu'on se fait offrir la guérison, on veut tous vivre! On veut tous vivre, les jours comptent. Même chez le mourant, les jours comptent! Quand on se fait offrir la guérison, on est prêt à faire beaucoup de sacrifices pour pouvoir garder la vie.

Quand arrive la première récurrence ou une métastase ailleurs d'un cancer primaire, le patient ne peut plus être guéri. Dans la majorité des cas, il va n'y avoir qu'une survie. C'est une survie qui peut se compter avec les traitements d'aujourd'hui, en plusieurs mois. Mais la souffrance morale et psychologique est d'autant plus accrue que le patient ne peut pas être guéri.

Quand arrive la phase terminale, c'est à ce moment que La Maison Michel Sarrazin entre en ligne. Les unités de soins palliatifs, en général, s'occupent principalement des cancéreux.

Vous avez entendu à propos de Sue Rodriguez — j'y reviendrai tantôt — qu'elle n'était pas en phase terminale, qu'elle n'avait pas de douleurs physiques mais qu'elle avait une douleur morale. Si elle avait été à St. Christopher, à Londres, un hospice pour cancéreux en phase terminale, dans lequel il y a 12 lits de réservés pour les patients souffrants de sclérose amyotrophique latérale, elle aurait eu le support. Au lieu d'être seule, elle aurait été supportée.

J'ai connu cet endroit où il y a, en général, 12 patients atteints de cette maladie qui y vivent réellement, jusqu'à la fin, dans un climat de soutien.

La Maison Michel Sarrazin c'est une maison de 15 lits qui reçoit les patients cancéreux en phase terminale et dont les objectifs sont, comme je vous le disais, de soulager la douleur, d'accompagner la souffrance et le mourir.

À cette phase, il y a la maladie et le mourir qui est la conséquence de la maladie. Pour nous, de La Maison Michel Sarrazin, l'accent est mis sur la vie. La vie pour nous, c'est plus important que la mort. Il faut vivre ses derniers jours. Toute notre pratique et tous nos principes sont axés sur la dignité de la vie, le respect de la vie restante.

Même si le patient, physiquement, est complètement chambardé, décharné et qu'il présente beaucoup de symptômes, nous faisons tout notre possible pour améliorer la qualité de sa vie restante, sans aucune intention d'abrégier les jours ni de les prolonger.

En pratique, l'on ne traite pas la maladie. La maladie cancéreuse, lorsque le malade arrive en phase terminale, n'est plus traitée. Nous arrêtons les traitements. En pratique, l'on ne

[Translation]

Having known many cancer patients, I can tell you that when they hear the news, even though they may still feel fine, quite a number of them think of killing themselves. They say to themselves, "Is it worth it? Is it worth enduring the treatment? What will happen to my life? Why so much suffering?"

They go through the first phase, they get better if they get good treatment, if they are given lots of support. They start enjoying life again. And then, after a few months or a few years, the cancer recurs.

In the initial phase the possibility of a cure is there. We all want to live if there's a chance of being cured! We all want to live, every day counts. Even for the dying, every day counts. When there is a possibility of a cure we are ready to make all kinds of sacrifices to save our lives.

With the first recurrence or the metastasizing of a primary cancer, the patient can no longer be cured. In most cases, he can only survive. With modern medical treatment, he may survive for months. But the fact that he cannot hope for a cure means his mental or psychological distress is all the worse.

When the terminal phase arrives, that is the time when Maison Michel Sarrazin has a role to play. In general, palliative care units mostly look after cancer patients.

You will have heard with respect to Sue Rodriguez — and I'll come back to her case later — that she was not in the terminal phase, she was not suffering physically, but she was suffering mentally. If she had been at St. Christopher's, a hospice in London, England, for terminal cancer patients, where 12 beds are reserved for people suffering from amyotrophic lateral sclerosis, she would have had moral support. Instead of being alone she would have been supported.

I have been there and seen the ALS patients, usually 12 of them, who truly live, right to the end, in a climate of being supported and upheld.

Maison Michel Sarrazin is a 15-bed unit for terminal cancer patients. Our aim, as I have mentioned, is to relieve pain and support suffering and the dying process.

In the terminal phase you have the illness and you have the dying process triggered by the illness. For us at Maison Michel Sarrazin, the emphasis is on life. Life is more important, in our eyes, than death. The final days must be lived. Our whole practice and all our principles are based on the dignity of life, respect for what is left of life.

Even if the patient is physically a wreck, emaciated, with many symptoms, we do everything in our power to improve the quality of the life that is left to him, without any intention of either cutting that life short or prolonging it.

What it comes down to is that we do not treat the illness. A terminal case of cancer is no longer treated. We cease treatment. We don't treat the complications, either. If a complication occurs

[Text]

traite pas les complications. S'il survient une complication d'une autre maladie, comme un arrêt cardiaque, le patient n'est pas réanimé. Pour une hémorragie, le patient n'est pas transfusé.

On ne traite que les symptômes dus à la maladie et les symptômes dus aux autres maladies complémentaires ou aux complications.

C'est basé sur un ensemble de 10 principes que je vous résumerai de la façon suivante: le patient est un être humain vivant, qui a des droits. Il a des droits d'être traité comme une personne humaine. Il a le droit d'être soulagé. Il a le droit d'être respecté. Il a le droit d'être digne et de connaître la vérité. Ce sont des droits de justice sociale fondamentaux qui sont à la base de tous les soins palliatifs.

Deux autres grands principes sont importants pour nous, en soins palliatifs: c'est que la mort n'est pas un échec mais un événement naturel. On va tous mourir, comme nous sommes nés! Ce n'est pas pathologique en soit, c'est une évolution naturelle d'un individu.

Cet événement, si on le considère comme un événement naturel, on le traite comme tel, on le traite comme la naissance. Si vous avez à l'opposé, la mort comme un échec, vous faites de l'acharnement thérapeutique.

Vous vous rappelez sûrement le cas à l'Hôtel-Dieu assez célèbre de Nancy B., où les médecins croyaient fermement que de débrancher cette patiente qui était branchée depuis près de deux ans était un acte d'euthanasie active. Cela a nécessité un jugement pour redonner la validité au refus de traitement et ordonner aux médecins de débrancher la patiente, ce qui a été fait.

L'autre événement qui est important pour régler le problème de la souffrance, c'est de mettre ensemble l'unité de soins, dans notre terminologie, «patient-famille». Comme la naissance, c'est un événement qui se passe en famille. Sue Rodriguez, de tout ce que l'on a su et vu, peu de gens de sa famille étaient près d'elle. Le médecin est resté inconnu. Je vous en reparlerai plus tard.

Ce sont ces principes qui, à la base, font que les soins palliatifs donnent réponse à la souffrance dans la presque totalité des cas.

La souffrance, aujourd'hui, est particulièrement traitée de façon à vouloir l'exclure de la société. Or, la souffrance existe, elle existera toujours. Tant qu'il y aura des humains sur terre, il y aura de la souffrance. Quoi que l'on fasse, l'on ne pourra l'abolir, même par l'euthanasie.

Vous avez sûrement entendu parler de l'accouchement sans douleur il y a quelques années selon la méthode du docteur Reid d'Angleterre. Vous avez sûrement entendu parler du mouvement mondial actuellement pour créer des hôpitaux sans douleur. Et vous êtes sûrement au courant que le mouvement *Exit* veut faire mourir sans douleur. Tout les proposants de l'euthanasie parlent de mourir en dignité, sans douleur.

Même l'Organisation mondiale de la santé, dans son évolution dans le domaine de la cancérologie, parle de «pain-free society». Pour l'an 2000, il n'y aura plus de douleur chez les cancéreux.

[Traduction]

from another illness, a cardiac arrest, for example, the patient is not resuscitated. If haemorrhaging occurs, the patient is not given blood transfusions.

All we treat are the symptoms caused by the terminal illness and the symptoms caused by complementary illnesses or complications.

This practice is based on 10 principles that I will summarize for you this way. The patient is a human being, who has rights. He has the right to be treated as a human being. He has a right to relief of his symptoms. He has the right to respect and dignity and the right to know the truth. These are the rights of fundamental social justice and they underlie all palliative care.

Two other major principles are important to us in the palliative care field. Death is not a failure but a natural event. We are all going to die, as we all had to be born! It is not a pathology per se, it is a natural step in each individual's evolution.

If you consider death a natural event, you treat it like one, you treat it like birth. If you see death as failure, then you opt for heroic therapeutic measures to stave it off.

I am sure you will recall the quite widely known case at Quebec City's Hôtel-Dieu hospital involving Nancy B., where the doctors firmly believed that unplugging the systems that had been keeping this patient alive for almost two years would be an active act of euthanasia. It took a court ruling to restore the validity of her right to refuse treatment and force the doctors to pull the plug, which they did.

The other important aspect of handling the problem of suffering is bringing together a care team that in our terminology is called the "patient family". Dying, like being born, is a family event. Sue Rodriguez, as far as one could tell, had few family members close to her. Her doctor is still unknown. I will come back to this point later.

It is these principles, fundamentally, that enable palliative care to be the right response to suffering in almost all cases.

Nowadays suffering tends to be dealt with in a way that tries to exclude it from our society. But suffering exists, it will always exist. As long as there are human beings on this planet there will be suffering. Whatever we do, we will not be able to eliminate it, even by euthanasia.

I am sure you have heard about "pain-free" childbirth, which was supposed to be possible some years ago using a method developed by Dr. Reid of England. You have probably also heard of the world-wide movement now under way to create "pain-free" hospitals. And you are surely aware of the Exit movement, which wants death to be pain-free. All the proposals for euthanasia talk about dying with dignity and without pain.

Even the World Health Organization, in its evolving approach to oncology, now speaks of a "pain-free society". By the year 2000, cancer is not supposed to hurt any more. Do you think this

[Texte]

Pensez-vous que cela est possible? Nous croyons que non, nous croyons que c'est un leurre. Il y aura toujours de la douleur.

Un auteur comme François Varion s'est questionné longuement dans son livre *Beauté du monde et souffrance des hommes* sur le sens de la souffrance. Si vous regardez en soi la douleur physique, cela n'a pas de sens. Médicalement, cela a un certain sens. Si vous avez mal au ventre, vous pouvez faire une appendicite aiguë et la douleur va nous orienter vers le diagnostic. Cela a un sens ou une valeur diagnostique.

Certains y voient une valeur salvatrice, souffrir sur terre pour avoir une meilleure place au ciel. Mais en soi, la douleur n'a pas de sens.

Quant à la souffrance morale, Varion dit également que la souffrance en soi n'a pas de sens. Mais vous êtes dans le dilemme où il y aura de la souffrance et vous n'y trouvez pas de sens. Peut-on y trouver un sens? Peut-on y donner un sens? C'est le mouvement des soins palliatifs qui a la réponse. On essaie de donner un sens ou une signification à la souffrance. C'est la réponse à l'euthanasie.

Tout à l'heure, j'essayerai de vous parler de ce que je pense du suicide. Actuellement, on essaie d'amener la société à penser que le suicide assisté pourrait être la réponse ou que l'euthanasie franche pourrait être la réponse.

Je vois venir les événements de la façon suivante, en faisant une analogie avec ce qui s'est passé avec l'avortement. D'après des sondages canadiens et américains et anglais, il se pratique de l'euthanasie à l'échelon individuel entre patients et médecins sur une échelle assez large.

Un auteur de la *Canadian Medical Association* a publié un article il y a à peu près un an dans le *Globe and Mail*, disant que 60 p. 100 des médecins prétendaient pratiquer l'euthanasie. Nous, les gens des soins palliatifs, avons répondu dans le même journal, un ensemble d'auteurs du Canada a répondu pour dire que c'était fallacieux de dire cela puisque la terminologie était souvent méconnue ou méprise.

Je vois venir les événements et je m'inquiète beaucoup. L'euthanasie clandestine, cela se fait. Cela se fait en France, en Hollande. En Hollande, c'est toléré, nous pourrions peut-être en reparler tout à l'heure.

Avec le temps, les cas se multipliant, il y aura dans la société une espèce de tolérance qui va s'installer de sorte que si quelqu'un est jamais poursuivi, le juge ne donnera pas de sentence. Ce sera la deuxième étape.

Un comité comme le vôtre peut arriver à une décision qui à notre avis, nous des soins palliatifs, est vital pour nous. Vous pourriez y établir comme en Hollande des conditions et vous aurez probablement une décision comme on a eu dans l'avortement, la naissance de comités d'euthanasie thérapeutique dans tous les hôpitaux.

L'expérience des comités d'avortement thérapeutique a démontré que c'était non-praticable dans la plupart des cas, inutiles et c'est disparu au point où l'avortement est devenu à la demande et dans les abus, nous croyons que l'euthanasie à la demande est un risque d'une descente dangereuse vers des abus

[Translation]

is possible? We don't. We think it's an illusion. There will always be pain.

A writer named François Varion went into the problem of pain at length in a book entitled *Beauté du monde et souffrance des hommes* — "A beautiful world, a suffering humanity". Physical pain in itself has no meaning. Medically it does mean something: If you have a pain in your stomach it may mean acute appendicitis and the pain will help in reaching a diagnosis. It has diagnostic value.

Some people consider that pain has a salvific value: Suffering here on earth means a better place in heaven. But in itself, pain has no meaning.

Varion says that mental suffering has no meaning either. But what if you are in the dilemma of trying to find a meaning for it? Can a meaning be found? Can a meaning be assigned to it? The palliative care movement has an answer. We try to give a meaning, to give significance, to suffering. That is our answer to euthanasia.

A little later I will try to say what I think of suicide. Currently there is a trend to make society think that assisted suicide could be the answer, or outright euthanasia could be the answer.

I see developments as following the analogy of abortion. According to polls in Canada, the United States and Great Britain, euthanasia at an individual level between patient and doctor is occurring on quite a wide scale.

Someone with the Canadian Medical Association wrote an article that appeared in the *Toronto Globe and Mail* about a year ago. It said that 60 per cent of doctors claimed to practise euthanasia. We, on the palliative care side, replied in the *Globe* — as did many Canadian writers on the subject — to say that the percentage was inaccurate because the terminology was often unfamiliar or misused.

I see what's coming and it worries me. Clandestine euthanasia is already happening. It happens in France, in Holland. In Holland it's tolerated, and we might look at the Dutch situation a little later.

With time, as cases multiply, a sort of tolerance will grow in our society so that if anyone is ever charged, the judge won't sentence him. That will be the second stage.

A committee like yours could make decisions that in our opinion, from the palliative care perspective, would be vital for us. You could establish the Dutch situation in Canada and probably the result would be the same as in the case of abortion, a therapeutic euthanasia committee in all Canadian hospitals.

The experience with therapeutic abortion committees showed that such committees were in most cases unworkable and pointless, and they faded away, with abortion becoming on demand and abused. We believe that euthanasia on demand is one of the risks of the "slippery slope" leading to extraordinary

[Text]

extraordinaires et dans le *New York Times*, vient de paraître un article à ce sujet le 4 juillet.

Quand on regarde ce que font les soins palliatifs; une bonne médication soulage les symptômes et la douleur; un bon accompagnement donne un sens à la souffrance. Il arrive parfois dans quelques cas, nous parlons de 3 à 4 p. 100 où il est difficile de soulager la douleur ou la souffrance morale pour la rendre tolérable. Elle devient intolérable dans les cas, par exemple, de douleurs neurologiques. Il est assez difficile de les soulager quoique tout récemment vient d'apparaître un médicament qui s'appelle la Lidocaïne qui est assez spectaculaire dans ses effets.

Lorsque le patient n'arrive pas à mourir, la famille s'épuise, trouve intolérable l'agonie et demande la mort de leur proche et le patient trouve intolérable la souffrance qu'il cause à ses proches. Alors cela nous arrive de temps en temps de voir cette agonie interminable.

Dans la détresse respiratoire, pour un patient décédant d'un cancer pulmonaire, par exemple, ou de métastase pulmonaire, apparaît à la phase terminale de la maladie, une détresse respiratoire qui est assez pénible et pour le patient et pour les soignants et les proches. Dans l'hémorragie brutale, par exemple, où l'individu va saigner de façon mortelle d'une lésion due à son cancer, la phase terminale, à ce moment, est très pénible.

Nous avons quand même des armes pour soulager. Dans les cas de douleur neurologique, je vous l'ai mentionné, de détresse respiratoire, d'hémorragie brutale, nous avons des armes, des médicaments que l'on associe et en quelques secondes, nous provoquons le sommeil. Dans la douleur, la détresse psychologique, nous faisons dormir les patients. Ce sont des méthodes, des techniques médicales connues où l'on peut endormir à volonté un patient pour lui permettre de récupérer de sa souffrance pendant un nombre d'heures. On peut ensuite le réveiller, dialoguer de nouveau avec lui et le rendormir si nécessaire.

L'intention n'est pas de faire mourir mais l'intention est de soulager la souffrance. Alors toutes ces techniques existent. Elles sont mal utilisées parce qu'il manque de la formation. Vous avez eu ici le docteur Paul Henteleff, de l'Association canadienne de soins palliatifs qui est venu vous parler de la nécessité de promouvoir l'enseignement des soins palliatifs. Vous connaissez peut-être le médecin Schwarzenberg qui est un médecin français, un cancérologue éminent qui a été ministre pendant quelques jours, à peine une semaine, ministre de la Santé en France et qui pratique l'euthanasie.

C'est un médecin que nous connaissons parce qu'il est venu donner des conférences et l'une de ses réponses pour solutionner sa pratique d'euthanasie, c'est de dire lorsqu'il y aura en France des soins palliatifs bien installés et distribués partout en France, on ne parlera plus d'euthanasie.

Nous croyons la même chose, nous, au Canada. Mais au Canada, nous avons une longueur d'avance. Il existe au Canada près de 500 services de soins palliatifs et le docteur Henteleff a dû vous en parler. Au Québec, il y en a plus de 200. La plupart des hôpitaux maintenant sont sensibilisés.

[Traduction]

abuses. An article on this very subject just appeared in the *New York Times*, on July 4.

When you look at what palliative care does, you see that proper medication relieves the symptoms, including pain, and proper moral support gives meaning to the patient's suffering. There are occasional cases, perhaps 3 to 4 per cent, where it is hard to alleviate the pain or the mental anguish to the point where they can be borne. Neurological pain, for instance, can become unbearable. It is quite difficult to relieve such pain, although there is a new medication on the market now, called Lidocaine, which is having pretty spectacular results.

When the dying process drags on and on it exhausts the family, they can't stand it and they ask for their loved one to be put out of his misery. The patient finds the suffering he causes his family to be intolerable too. So it does happen from time to time that the dying process seems endless.

Where there is respiratory distress, with a patient dying of lung cancer, for example, or when pulmonary metastasis occurs in the terminal phase, this respiratory distress can be quite painful, both for the patient and for his caregivers and family. When sudden haemorrhaging occurs, for example, and the person is going to bleed to death from a cancer-related lesion — in those cases the terminal phase is very painful.

But we do have ways of coping with it. In cases of the neurological pain I mentioned to you, in cases of respiratory distress and sudden haemorrhage, we do have drugs that can be combined and that cause sleep in minutes. When patients are in great pain or psychological distress we sedate them to sleep. These are known medical techniques, methods, that put a patient to sleep when desired, so that he can recover from his pain for a few hours. He can then be awakened, asked about his condition, and if necessary put back to sleep.

The intention isn't to kill him but to relieve his suffering. So all these techniques do exist. They are underutilized because there is a shortage of training. You had Dr. Paul Henteleff of the Canadian Palliative Care Association address you about the need to promote the teaching of palliative care techniques. You may know of Dr. Schwarzenberg, who is a French doctor, an eminent oncologist, who for a few days — barely a week — was France's Minister of Health and who practices euthanasia.

He is known to us because he has come here to give lectures and one of his responses to the practice of euthanasia is to say that once there are well-established palliative care services throughout France there will be no more talk about euthanasia.

We think the same is true of Canada. But in Canada we are well ahead. There are already some 500 palliative care services in Canada, Dr. Henteleff must have told you about them. In Quebec there are more than 200. Most hospitals are now sensitive to the idea.

[Texte]

La Maison Michel Sarrazin a pondu le document que vous avez en mains et vous voyez le raisonnement. Cela fait suite à une étude qui a duré deux années par le comité d'éthique de La Maison Michel Sarrazin avec un document d'analyse qui nous a servi de réflexion pendant ces deux années. Le comité d'éthique est formé de huit membres, la plupart des gens étant des personnes extérieures à la Maison-même mais durant cette étude nous nous sommes joints à ce comité pour d'abord présenter des cas.

Nous avons étudié une dizaine de patients qui avaient parlé d'euthanasie active durant les huit années. Sur 2 000 patients, il y a quelques cas où on a reçu de façon expressive des demandes d'euthanasie. Deux cas ont été étudiés de façon plus approfondie. L'un touche une agonie intarissable et l'autre une douleur physique intolérable.

Nous avons émis certains principes. Je vous en ai énumérés quelques uns et nous avons opté pour la solution du faire dormir plutôt que l'euthanasie en excluant l'euthanasie, principe que nous avons émis il y a 15 ans dans le premier document lorsque nous avons planifié La Maison Michel Sarrazin de sorte que nos documents maintenant renforcent par des arguments plausibles la politique de l'exclusion de l'euthanasie à La Maison Michel Sarrazin.

Cette politique est l'apanage des soins palliatifs. À St. Christopher à Londres où ils ont 25 ans d'expérience et plusieurs milliers de patients, l'euthanasie active est toujours exclue.

Les principes du faire dormir voisinent où s'approchent des principes de l'euthanasie décrits en Hollande. Le malade doit réitérer la demande de l'intolérance de sa douleur et de la non-acceptation, à répétition pour que la demande soit valable. À La Maison Michel Sarrazin, l'équipe doit être mis au courant pour dialoguer avec le patient et la famille sur le bien-fondé de cette demande.

Lorsque la décision est prise de faire dormir, l'idée est de soulager mais non de faire mourir et le patient reçoit toutes les données nécessaires pour que nous le fassions dormir pendant une période de temps. Au réveil, la discussion reprend. Dans les quelques cas que nous avons eus, une fois le sommeil fini, le patient oublie sa demande pour quelques temps, reprend le goût de vivre et comme disait Alice Parizeau dans son livre *Une femme*, l'instinct de vivre est plus fort que le désir de mourir.

Mais tout vient dans l'appui que l'on peut donner à un individu ou à un groupe d'individus pour répondre à ses besoins. Avant de conclure, je voulais vous dire quelques mots sur le suicide parce qu'un juge de la Cour suprême a utilisé l'argument de justice distributive pour donner son opinion favorable à la demande de Sue Rodriguez, disant que si la société permet le suicide et le tolère, on devrait faire la même chose pour une personne qui ne peut elle-même s'enlever la vie.

Quand on regarde à froid le suicide, on réalise que si un patient ou un individu se suicide, il laisse derrière lui un malaise profond autour des proches, un questionnement sans réponse et un sentiment de culpabilité. Le suicide n'est plus tabou, n'est

[Translation]

Maison Michel Sarrazin produced the document you have before you, and you can follow the reasoning. It was the response to a two-year study by our ethics committee, using an analytical document as the basis for the study. The ethics committee has eight members, most of them from outside Maison Michel Sarrazin, but during the course of the study we joined the committee to present cases.

We studied a dozen patients who had spoken of euthanasia over the past eight years. Out of 2,000 patients, a handful did explicitly request euthanasia. Two cases were studied in greater depth. One involved an extremely prolonged dying process and the other unendurable physical pain.

We came up with certain principles — I went through some of them earlier. We opted for the solution of induced sleep rather than euthanasia. We excluded euthanasia. This was our principle 15 years ago, in our first planning document for Maison Michel Sarrazin, and now our documents set forth logical arguments in support of the policy of excluding the possibility of euthanasia at Maison Michel Sarrazin.

This policy is central to the palliative care approach. At St Christopher's Hospice in London, England, where they have 25 years of experience with several thousand patients, active euthanasia has always been and still is excluded.

The principles governing putting a patient into a deep sleep are similar to those governing euthanasia in Holland. The sick person must repeatedly express his inability to bear or accept the pain he is in — the demand for sleep must be repeated for it to be valid. At Maison Michel Sarrazin, the team must be made aware of the requests so that they can discuss the reasonableness of them with the patient and his family.

When the decision is made to induce deep sleep in a patient, the idea is to relieve him of his pain, not to cause death, and the sedated patient is given everything he needs to sleep for a given period. When he awakes, the discussion of his condition continues. In the few cases that we have had, the patients have forgotten their request and regained the will to live — as Alice Parizeau said in her book *Une femme*, the instinct to live is stronger than the desire to die.

But it all depends on the support a person or a group of people can obtain for meeting their needs. Before concluding, I wanted to say a few words about suicide, because a Supreme Court judge has used the argument of distributive justice to justify ruling in favour of Sue Rodriguez's request, saying that if our society allows suicide and tolerates it, we should do the same thing for a person who cannot actually perform the act himself.

When you look unemotionally at suicide, you realize that when a sick person or anyone else commits suicide, he leaves behind a pervasive disquiet among those close to him. They ask questions that cannot be answered and they feel guilty. Suicide is no longer

[Text]

plus exclus et celui qui fait une tentative de suicide, la société ne l'exclut plus, ni l'Église mais plutôt, on lui offre des services pour se réhabiliter et retrouver le goût de vivre.

Quand deux individus font un pacte de suicide, deux jeunes amoureux ou deux vieilles personnes décident ensemble de quitter ce monde, cela crée également un malaise mais la société l'accepte quand même.

Quand c'est un suicide collectif comme on a eu certains exemples, la société cherche le coupable, veut le punir et personne n'accepte que plusieurs individus en même temps prennent une décision collective pour s'enlever la vie.

En ce sens, on ne peut utiliser cet argument pour permettre à quelqu'un d'aider une autre personne à s'enlever la vie. Le principe de l'autodétermination, de l'autonomie du patient, se double toujours de l'interdépendance. Nous ne pouvons exclure l'un de l'autre. Nous sommes des individus dans une société vivant en collectivité et la collectivité a des droits de regard sur le comportement d'un individu. Toute notre société est basée là-dessus et le geste d'un individu crée des émotions ou des conséquences sur ceux qui le voient dans sa communauté immédiate et dans sa famille immédiate.

Pour nous, ce ne peut pas être un argument qui vaut pour permettre à quelqu'un de s'enlever la vie. Le suicide, ce n'est pas un choix, c'est un manque de choix. Si la société pouvait prévenir et dans certains cas c'est vrai, cela se fait, la période aiguë de détresse psychologique étant passée, le patient oublierait sa volonté et recommencerait à vivre.

Un mot sur l'expérience de Hollande. Vous avez sûrement vu les rapports du comité Remlink qui a étudié l'expérience et c'est probablement le seul pays où vous avez des statistiques, 2 900 cas. Il y a plusieurs statistiques mais ce qui est plus intéressant pour nous, des soins palliatifs, c'est de voir le comportement des médecins face à la demande de l'euthanasie.

En Hollande, on a mis cinq conditions pour permettre à un médecin de faire de l'euthanasie et si le médecin réalise les conditions, il n'est pas poursuivi, il n'est pas trouvé coupable. On tolère l'acte de l'euthanasie. Par contre, s'il ne remplit pas les conditions, il est passible d'être poursuivi et trouvé coupable. Quand vous regardez la réalité des faits et vous voyez que une des conditions, c'est que le patient soit consentant, conscient et bien informé. Vingt sept pour cent des médecins oublient d'informer le patient.

La consultation d'un autre collègue pour donner la justesse: 20 p. 100 ne l'ont pas fait. La déclaration du décès comme une cause non naturelle par rapport à une mort naturelle, 60 p. 100 des médecins marquent dans le certificat de décès, mort par cause naturelle.

C'est déjà un abus extraordinaire à notre avis et cela témoigne de ce qui se passe, de ce qui s'est passé autour de Sue Rodriguez, le médecin à ma connaissance est toujours un inconnu.

[Traduction]

taboo, no longer out of the question, and neither society nor the Church any longer rejects someone who has tried to commit suicide. Instead they offer him services designed to restore his will to live and his sense of control over his life.

When two people make a suicide pact, two young lovers or two elderly people decide to leave life together, that's also disquieting, but society accepts it nonetheless.

When it's a group suicide, as has occurred a few times, society looks for the guilty party, wants to punish him, and no one can accept the idea that a group of individuals can make a collective decision to kill themselves.

So we cannot use this argument to allow someone to help someone else commit suicide. The principle of self-determination, of the patient's autonomy, goes hand in hand with interdependence. We can't have one without the other. We are individuals living in a society, a community, and the community has rights when it comes to an individual member's behaviour. Our whole society is based on this, and one person's actions can set off emotions or consequences for his family and his immediate neighbours in the community.

In our eyes this can never be a valid argument for enabling someone else to take his own life. Suicide is not a choice, it is a lack of choice. If society could intervene — and in certain cases this does happen — the period of acute psychological distress would come to an end and the person would forget his desire to die and begin living again.

As for what is happening in Holland, you have surely seen the reports from the Remlink Committee which studied the Dutch experience. Holland is probably the only country where you have statistics: 2,900 cases. There are a number of other figures, but the interesting aspect for those of us active in the palliative care field is the behaviour of doctors faced with requests for euthanasia.

Holland has set five conditions for a doctor to be able to euthanize a patient. If he observes those five conditions he cannot be charged or found guilty of any offence, the act of euthanasia will be tolerated. If he doesn't observe those five conditions, he may be charged and found guilty. But look at the reality. One of those conditions is that the patient must give informed consent, but 27 per cent of doctors failed to inform the patient fully.

A second condition is that the proposal must be discussed with another physician: 20 per cent of doctors don't bother. The death certificate must make clear that it was not a natural death: 60 per cent of doctors mark "death by natural causes".

These figures already amount to extraordinary abuse, in our view, and it echoes what happens, what happened, in the Sue Rodriguez case, where the doctor as far as I know is still unknown.

[Texte]

Alors toute ma présentation voulait exclure tout le débat juridique sur les lois, l'article 241, l'article 7 que vous connaissez vraisemblablement beaucoup mieux que moi. Elle se voulait être une preuve que les soins palliatifs peuvent apporter le soulagement à la souffrance et que l'euthanasie qui se veut une réponse à cette souffrance et tout le mouvement de mourir dans la dignité est à notre avis un non sens.

C'est une obligation de mourir, c'est une fatalité de la vie, on n'a pas le droit de mourir, on a l'obligation de mourir. C'est la vie qui doit être digne et notre mouvement de soins palliatifs, c'est la vie avec dignité jusqu'à la fin et j'ai essayé de vous démontrer que c'était possible.

Il y a une phrase qui a été dite et que vous avez sûrement entendu c'est que la valeur d'une société se mesure à la façon dont elle traite les plus démunis et actuellement les malades en phase terminale sont particulièrement démunis.

Le mouvement des soins palliatifs est un mouvement d'humanisme qui ennoblit la société, qui crée autour du mourant dans une période très difficile de la vie, un contexte qui permet à ce patient de s'exprimer, d'être soulagé, de collaborer avec ses proches et l'ensemble famille et patient vont croître, vont améliorer leur qualité de vie.

J'ai envie de vous donner comme exemple lorsque les décès arrivent à la Maison Michel Sarrazin, nous avons pris une habitude qui permet la transition de façon beaucoup plus humaine que dans nos hôpitaux. Entre le patient à l'agonie, décédé et le patient au salon funéraire, nous avons une salle particulière que nous appelons le salon d'adieu et le patient décédé est amené dans son lit tel qu'il était au moment du décès dans cette salle, qui est une belle salle genre salon avec beaucoup de verre, beaucoup de fenêtres, beaucoup de lumière, beaucoup de plantes, genre solarium et pendant les heures qui suivent, la famille est en présence du patient, de leur patient mort dans son lit.

L'équipe de soins qui a connu le patient et la famille sont autour pour passer cette période difficile d'adaptation nécessaire mais qui est très escamotée dans nos hôpitaux parce que dans nos hôpitaux, lorsqu'un patient décède, on invite la famille à s'en aller dès le décès constaté.

Cette période permet une acceptation du décès et une amélioration du deuil parce que tantôt je vous parlais du principe d'autodétermination et de l'interdépendance, le deuil fait partie du mourir. Le deuil pour les survivants, le mourir pour le patient qui vient de quitter. Et l'un et l'autre s'influencent.

Alors, cette période de vécu est telle que lorsque les gens quittent, ils embrassent les soignants. Je ne sais pas si vous avez déjà vu dans nos hôpitaux des patients attristés d'une mort embrasser les soignants. Dans la terminologie utilisée pour témoigner dans les journaux à Québec, on parle de la «merveilleuse Maison Michel Sarrazin».

Je vous dis cela pour vous dire qu'il se passe, au point de vue humain, un phénomène, un accomplissement, qui est indescripti-

[Translation]

I didn't want this presentation to get into the legal debate at all — section 241, section 7 — which I am sure you are much more familiar with than I am. I wanted it to show that palliative care can provide the necessary alleviation of suffering and that euthanasia, which claims to be a response to this suffering, and the whole "death with dignity" movement, seem to us to make no sense.

Dying is an obligation, an inevitability. It isn't that we're entitled to die — we have to die. It is life that must have dignity, and the palliative care movement aims for life with dignity right to the end. I have tried to show you that this is possible.

You have undoubtedly heard it said that a society's worth can be measured by the way it treats its weakest members, and at present the terminally ill are especially weak.

The palliative care movement is a humanist movement that ennoble our society. It creates around the dying person, in a very difficult period of his life, a context that enables him to express his needs, to be comforted, to work with his loved ones. With palliative care the patient-family unit grows, develops, improves its quality of life.

I'd like to give you the example of a custom that has grown up at Maison Michel Sarrazin when someone dies. It makes the transition much more humane than it is in our hospitals. Between the stage of the patient's final moments and death and that of the funeral home we have added time in a special room that we call the "salon d'adieu" — the farewell room. The dead person is moved into the room in the same bed in which he died, and it's a lovely room, full of glass and windows and light, a sort of solarium full of plants, and during the hours that follow, the family sits with him, with their dead patient in his bed.

The care-giving team that worked with the patient and his family are there too, to get through the difficult period of adaptation — it's very necessary, but it tends to get scamped in hospitals, because in our hospitals, as soon as a patient dies the family is asked to go away.

By sitting with the dead person for a time the family comes to accept his death and the mourning period is the better for it. A few moments ago I mentioned the principle of self-determination and interdependence — well, mourning is part of the dying process. It is the part done by the survivors, as the dying is the part done by the patient. The two influence each other.

The experience of the farewell room is such that when people leave they hug the care-giving team. I don't know if you've ever seen patients in hospitals hugging the nurses when they are sad about someone's death. The Quebec City newspapers call us "the marvellous Maison Michel Sarrazin".

I'm telling you all this to show that from a human point of view there is a remarkable thing happening, an achievement that can't

[Text]

ble, à moins de le vivre. Mais c'est le vécu quotidien des patients qui viennent à La Maison Michel Sarrazin.

Ma conclusion, c'est de vous dire que tout le mouvement des soins palliatifs au Canada, et ailleurs dans le monde, s'oppose à la pratique de l'euthanasie et s'oppose à la légalisation de l'euthanasie. On propose en échange une méthodologie qui est à la fois médicale et humaine pour accompagner la souffrance et permettre de vivre les derniers jours plutôt que d'abrèger la vie.

Madame la présidente, j'aurais envie d'arrêter maintenant. Je serais très intéressé que vous me posiez des questions. Je vous remercie beaucoup de m'avoir invité, je suis très honoré d'être venu.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Dionne. Perhaps before we go to questions — and I know that Senator Lavoie-Roux will know this — would you tell us a little bit more about your hospice, Michel Sarrazin. You said it had 15 beds. Is it free-standing or connected with a hospital?

Mr. Dionne: It is a free-standing hospice like the English model.

The Chairman: Have you a variety of professional staff there, medical and nursing?

Mr. Dionne: We have a group of what we call in French "les soignants", the caring people, those who go by the bed of the patient.

There are about 100 professionals, as well as volunteers. We also have a group of people who work in auxiliary services, like my wife who is in charge of the administration. They are part of a team. They go by patient; they go by family. Everybody who works there works on a team. We have approximately 250 volunteers.

The Chairman: For Michel Sarrazin alone?

Mr. Dionne: Yes. Each of them volunteer eight hours a week.

The Chairman: Do they do what I would call "out-patient"?

Mr. Dionne: Yes. We have a home-care program which has been organized in collaboration with the local health centres, the CLSC.

The Chairman: Miss O'Connor, who was here last night from a hospice here in Ottawa, several times mentioned the lack of hospice facilities across Canada, but it seems to me you have mentioned several institutions and hospices in the province of Quebec.

Mr. Dionne: No, of this English model there are very few.

The Chairman: Is it unique?

Mr. Dionne: We were the first in Canada. There are about five now. There is Casey House in Toronto. There are two or three in Quebec, but they are what we call "palliative care units", special 10-bed floors in hospitals. They have been converted to the house model.

[Traduction]

be described, you have to experience it. But the patients who come to Maison Michel Sarrazin experience it every day.

In conclusion I want to say that the whole palliative care movement in Canada and throughout the world is opposed to the practice of euthanasia and to the legalization of euthanasia. What we propose instead is a methodology that uses both medical techniques and human caring to support the suffering and enable them to live their last days rather than to shorten their lives.

Madam Chairman, I would like to stop here. I would be very interested in any questions you might have. Thank you for inviting me, it was an honour to come.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Dionne. Avant de passer aux questions — et je sais que le sénateur Lavoie-Roux pourra répondre à cela — vous pourriez peut-être nous donner davantage de détails sur votre hospice, Michel Sarrazin. Vous avez dit qu'il y avait 15 lits. Est-ce un hospice indépendant ou est-il relié à un hôpital?

M. Dionne: C'est un hospice indépendant, comme le modèle anglais.

La présidente: Y avez-vous un personnel professionnel varié, comprenant entre autres des médecins et des infirmières?

M. Dionne: Nous avons un groupe de personnes qu'on appelle "les soignants", c'est-à-dire les personnes qui s'occupent du soin des malades, qui sont au chevet des patients.

Nous avons environ 100 professionnels, et des bénévoles. Nous avons aussi un groupe de personnes qui travaillent dans les services auxiliaires, comme ma femme, qui est chargée de l'administration. Elles font partie de l'équipe. Elles s'occupent d'un malade, ou d'une famille. Nous faisons tous partie d'une équipe. Nous avons environ 250 bénévoles.

La présidente: Pour La Maison Michel Sarrazin seulement?

M. Dionne: Oui. Chacun d'entre eux s'engage à donner huit heures par semaine.

La présidente: S'occupent-ils aussi de ce que j'appellerais les "malades externes"?

M. Dionne: Oui. Nous avons un programme de soins à domicile qui a été organisé en collaboration avec les centres de santé locaux, les CLSC.

La présidente: Mme O'Connor, qui était ici hier soir et qui vient d'un hospice d'Ottawa, a mentionné plusieurs fois le manque d'hospices dans tout le Canada, mais il me semble que vous avez parlé de plusieurs établissements et hospices au Québec.

M. Dionne: Non. En fait il y a très peu d'hospices créés sur le modèle anglais.

La présidente: Est-il unique?

M. Dionne: Nous étions les premiers au Canada. Il y en a à peu près cinq maintenant. Il y a Casey House à Toronto. Il y en a deux ou trois au Québec mais ce sont des «unités de soins palliatifs», consistant en étages spéciaux de dix lits dans des hôpitaux. On les a convertis au modèle.

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: Thank you very much for appearing before us today.

Madam Chair, we should take Mr. Dionne up on his invitation to visit La Maison Michel Sarrazin. It would be quite an experience. It is located not that far from Ottawa in one of the nicest spots in Quebec.

Can I say it is on the Plains of Abraham?

Mr. Dionne: On the river bank.

Senator Lavoie-Roux: It is on the same level as the Plains of Abraham, overlooking the St. Lawrence River. It is very beautiful; a big, big park. I believe a religious order donated the land.

Mr. Dionne: Yes.

Senator Lavoie-Roux: It is worth the trip.

J'ai quelques questions, docteur Dionne. Vous êtes le seul avec M. Réjean Carrier, un travailleur social qui est venu de Québec, qui nous avez parlé de cette méthode du «faire dormir». D'ailleurs, vous dites qu'à un moment donné la ligne entre le faire dormir et une forme d'euthanasie est peut-être assez mince. Est-ce que c'est une technique qui est utilisée ailleurs?

Mr. Dionne: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Parlons du Canada.

Mr. Dionne: En anglais, cela s'appelle «twilight sedation». C'est utilisé aux États-Unis. À Houston, par exemple, il y a un docteur Evans qui a établi cette technique.

The Chairman: The phrase "to obtund people" has been used. Do you know that expression?

Mr. Dionne: No.

The Chairman: I had not heard it until an earlier witness in hospice care used it. Dr. Latimer used that expression. It is when patients are administered sufficient opiates to literally knock them out. My understanding is that the patients are kept in a permanent state of coma until they die, whereas you are talking about keeping them slightly sedated so that they can come back when you —

Mr. Dionne: This happens in two instances. When you have an intolerable physical pain, there comes a time when you administer opiates to the point that the patient becomes unconscious — profoundly asleep. On occasion, we must do that.

The other instance is «la souffrance», or psychological distress. We put the patient asleep for a certain number of hours, but not with the intention of killing. That is the difference. We do not want to kill the patient. We want to relieve the patient's distress. The intention is never to kill someone, because active euthanasia is direct action and death comes quickly.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela se pratique ailleurs au Canada?

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous remercie beaucoup d'être venu comparaître devant nous aujourd'hui.

Madame la présidente, nous devrions accepter l'invitation de M. Dionne de visiter La Maison Michel Sarrazin. Ce serait très instructif. Elle ne se trouve pas tellement loin d'Ottawa, et c'est un des plus beaux endroits du Québec.

Est-ce que je peux dire qu'elle se trouve dans les Plaines d'Abraham?

M. Dionne: Au bord du fleuve.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est au même niveau que les Plaines d'Abraham, et l'hospice surplombe le Saint-Laurent. C'est très beau et il y a un très grand parc. Je crois que le terrain a été donné par une congrégation religieuse.

M. Dionne: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela vaut le voyage.

I have some questions, Dr. Dionne. You and Mr. Réjean Carrier, a social worker from Quebec City, are the only witnesses who have mentioned this technique of induced sleep. And you said that at a given point the line between putting patients to sleep and a type of euthanasia was perhaps fairly thin. Is this technique used elsewhere?

Mr. Dionne: Yes.

Senator Lavoie-Roux: Let's talk about the Canadian situation.

Mr. Dionne: The technique is known as «twilight sedation». It's used in the United States. There's a Dr. Evans in Houston who developed it.

La présidente: L'expression «to obtund people» a été utilisée. La connaissez-vous?

M. Dionne: Non.

La présidente: Je ne l'avais jamais entendue avant qu'un témoin ne l'utilise à propos des soins donnés à l'hospice. Le Dr Latimer a employé cette expression pour parler des patients à qui l'on administre une dose suffisante de narcotiques pour littéralement les assommer. Je crois comprendre que l'on maintient les patients dans un coma constant jusqu'à ce qu'ils meurent, alors que vous parlez de leur donner des sédatifs légers pour qu'ils puissent revenir à eux lorsque vous...

M. Dionne: Je peux vous donner deux exemples. Lorsque la douleur physique devient intolérable, il arrive un moment où vous administrez des narcotiques jusqu'à rendre le malade inconscient — jusqu'à l'endormir profondément. De temps en temps, nous devons faire cela.

L'autre exemple est la souffrance, ou détresse psychologique. Nous endormons le patient pendant quelques heures, mais nous n'avons pas l'intention de le tuer. C'est là qu'est la différence. Nous ne voulons pas tuer le patient. Nous voulons soulager sa détresse. Nous n'avons jamais l'intention de tuer quelqu'un: l'euthanasie est une action directe qui entraîne une mort rapide.

Senator Lavoie-Roux: The technique is practised elsewhere in Canada?

[Text]

M. Dionne: Oui. C'est une méthode acceptée. Cela a été longuement discuté un peu partout. C'est accepté comme étant une technique médicale. C'est presque la médicalisation du mourir par une technique avec des médicaments, un ensemble de médicaments comme la morphine, dukaydud, phénobarbital, versed, où l'on donne par voie intraveineuse une dose qui garde le patient endormi. Evans, dont je vous parlais tout à l'heure, peut les garder deux à quatre semaines endormis.

Nous, on les réveille parce que l'on pense que, au moment du réveil, si le patient a dormi huit heures, peut-être qu'il va réaliser qu'à ce moment-là, cette détresse psychologique est moindre. Chez son entourage, qui l'a vu vraiment reposé, la détresse est moindre aussi. Ils vont profiter de la journée qui reste pour dialoguer entre eux.

Le sénateur Lavoie-Roux: Maintenant, dans les 3 ou 4 p. 100 dont vous avez parlé — où probablement vous utilisez ce type de technique — il doit y avoir des patients qui, pour des raisons psychologiques plus profondes ou plus complexes, même à leur réveil, demeurent dans le sommeil?

M. Dionne: Oui. Mais on continue à donner la médication.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous continuez à donner la médication?

M. Dionne: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Mais vous vous dites à un moment donné que, de toute façon, le cancer va les emporter?

M. Dionne: Sûrement. Mon expérience est la phase terminale du cancer. La survie moyenne à La Maison Michel Sarrazin est de 19 jours.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, je me souviens.

M. Dionne: C'est vraiment la phase terminale. Sur les 3 000 patients, c'est 19 jours. On sait que le cancer va finir par emporter le patient. C'est différent du contexte de maladies neurologiques où la fin est longue et imprévisible. En cancérologie, on prédit le nombre de jours.

Le sénateur Lavoie-Roux: Maintenant, comme il y a peut-être, à certains égards, certains éléments du SIDA qui sont de nature cancéreuse, est-ce que vous recevez des sidatiques?

M. Dionne: Non. On dit en général qu'environ un sidatique sur dix va faire un cancer, du genre lymphome, la sarcome de Kaposi. Mais que la plupart vont mourir d'infections, d'infections opportunistes ou d'infections secondaires non traitables.

À la Maison Michel Sarrazin, nous avons exclu les sidatiques il y a huit ans à peu près parce que nous n'avions pas l'expertise médicale ni le contexte qui permettait la sécurité autour de la contamination.

Je ne sais pas si vous vous rappelez, on a fait la première page du journal de Québec *Le Soleil*. Nous avons donné la réponse...

Le sénateur Lavoie-Roux: Parce que vous en aviez refusé?

[Traduction]

Mr. Dionne: Yes. It's an accepted practice. It was discussed for a long time just about everywhere, and now it's accepted as a medical technique. What it amounts to is the medicalization of dying through the use of a group of drugs such as morphine, dukaydud, phenobarbital, versed, which are given intravenously at a dosage that keeps the patient asleep. The Dr. Evans I mentioned just now can keep patients asleep for two to four weeks.

We prefer to wake them, because we think that when they awake, if they've had eight hours' sleep, they may realize that their psychological distress is diminished. The distress level is lower among the people around them, too, because they've seen them getting some real rest, and they can spend the remainder of the day talking to them.

Senator Lavoie-Roux: Now, among the 3 to 4 per cent of patients you mentioned — where probably you use this type of technique — there must be patients who for more deep-rooted or more complicated psychological reasons remain comatose even when they've been awakened?

Mr. Dionne: Yes. But we continue to medicate them.

Senator Lavoie-Roux: You continue to medicate them?

Mr. Dionne: Yes.

Senator Lavoie-Roux: But you bear in mind that at a certain point their cancer will kill them anyway?

Mr. Dionne: Certainly. My experience is with the terminal phase of cancer. The average duration of survival at Maison Michel Sarrazin is 19 days.

Senator Lavoie-Roux: Yes, I remember.

Mr. Dionne: It really is the terminal phase. Of the 3,000 patients we have had, 19 days is the average. We know that the cancer will end by killing the patient. It's different from the context of neurological disorders, where the process of decline is slow and unpredictable. In oncology we predict the number of days.

Senator Lavoie-Roux: Now, since there are certain AIDS-related developments that involve cancer, do you take patients with AIDS?

Mr. Dionne: No. It is considered that in general one AIDS patient in 10 will develop some form of cancer — lymphoma, Kaposi's sarcoma. But most will die of infections, either opportunistic infections or secondary non-treatable infections.

At Maison Michel Sarrazin we decided eight years ago not to take patients with AIDS largely because we had neither the medical expertise nor the facilities to deal safely with the risk of contamination.

I don't know if you recall, but we made the front page of the Quebec City daily *Le Soleil*. We replied —

Senator Lavoie-Roux: Because you had refused AIDS patients?

[Texte]

M. Dionne: Oui, parce que l'on a refusé. Nous avons fait la première grande manchette «La Maison Michel Sarrazin refuse des patients sidatiques». Mais fort curieusement, au même moment, nous avons refusé les tout jeunes enfants qui décèdent de leucémie et de lymphome et personne n'a fait de manchette avec cela.

Mais nous avons donné une réponse en disant que la société médicale s'organise, nous allons l'aider à mettre sur pied une maison pour sidatiques et un service pour les enfants, ce que nous avons fait. Il y a maintenant une maison pour sidatiques et nous les avons aidés matériellement, fonctionnellement et dans la formation. Cet établissement s'appelle La Maison Marc Simon Québec. Nous avons un service pour les enfants à domicile, que nous faisons avec le département de pédiatrie de l'hôpital universitaire. Mais nous ne pouvions pas les accepter dans la maison parce que c'est une maison, ce n'est pas un hôpital, c'est une maison.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il semblerait que les cas de SIDA en phase terminale, ou même avant la phase terminale, constituent un problème particulier pour une foule de raisons que l'on connaît, soit la discrimination, le rejet, et cetera.

M. Dionne: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je sais qu'à Québec il y a une maison près de l'hôpital Saint-Sacrement. Je ne sais pas si c'est cette maison que vous référiez, mais il me semblait que son nom n'était pas si...

M. Dionne: Oui, la Maison Marc Simon.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je suis allée la visiter. Est-ce qu'ils ont la même approche que vous?

M. Dionne: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Est-ce qu'ils considèrent que dans certains cas... Vous savez, personne ne sait ces choses, mais l'euthanasie n'est pas la seule réponse.

M. Dionne: Ils ont la même politique que nous. D'ailleurs, on a une entente de formation avec eux. On a formé tout le personnel. Ils ne pratiquent pas l'euthanasie. Ils ont à peu près les mêmes principes que nous.

D'ailleurs, avec le sidatique, le problème médical est plutôt un problème de phase aiguë qu'on essaie de réanimer de façon intensive. Je fais souvent la comparaison avec les malades cardiaques que l'on amène aux unités de soins intensifs, les soins coronariens. Pendant des jours, pour éviter des problèmes de conduction électrique myocardique, on va traiter de façon très, très intensive avec une technique très avancée. Et si le patient passe cette épisode, il va survivre.

Le sidatique, c'est la même chose. Quand il fait une infection très sérieuse, il va mourir. Mais s'il passe cette période, il va récupérer, et il peut récupérer pendant des mois. Finalement, il va en faire une. Le problème de l'euthanasie se pose beaucoup en fonction de la détresse psychologique.

[Translation]

Mr. Dionne: Yes, because we had refused AIDS patients. We made the lead headline: "Maison Michel Sarrazin rejects AIDS patients!". Curiously enough, we had decided at the same time not to take young children dying of leukaemia or lymphoma, but nobody thought that was worth a headline.

We replied by pointing out that the medical association was preparing to set up a house for people with AIDS and a service for children and that we were involved in the preparations. There is a house now for AIDS patients and we provided material help and help with operations and training. The house is called Maison Marc Simon, in Quebec City. We have a service for children at home, in conjunction with the paediatric department of the university hospital. But we cannot have either of these types of patient in Maison Michel Sarrazin because it's a home, not a hospital, a home.

Senator Lavoie-Roux: It would seem that AIDS patients in or even before the terminal phase constitute a special problem for a host of well-known reasons, such as discrimination, rejection and so forth.

Mr. Dionne: That's right.

Senator Lavoie-Roux: I know that in Quebec City there is a home near Saint-Sacrement hospital. I don't know if that's the home you're referring to, but it seems to me that the name was not so —

Mr. Dionne: That's it, Maison Marc Simon.

Senator Lavoie-Roux: I have visited there. Do they take the same approach as you do?

Mr. Dionne: Yes.

Senator Lavoie-Roux: And do they consider that in certain cases ... well, you know, nobody knows, but euthanasia isn't the only answer.

Mr. Dionne: They have the same policy as we do. What's more, we have a training agreement with them. We trained all their staff. They don't practise euthanasia. Their principles are about the same as ours.

Besides, with AIDS, the medical problem is largely an acute-phase problem, with intensive resuscitation used. I often make the comparison with cardiac patients, who are taken to intensive care units, coronary units. For days, to prevent problems with myocardial conduction, they are treated very, very intensively with very advanced techniques. And if the patient comes through this episode, he'll survive.

AIDS is the same thing. When someone with AIDS gets a very serious infection, he's going to die. But if he can be pulled through this period, he'll recover, and perhaps be in recovery for months. But in the end he'll get another infection. So — with respect to AIDS — the problem of euthanasia is much more a function of psychological distress.

[Text]

Le sénateur Lavoie-Roux: Tout le monde a beaucoup de respect pour les soins palliatifs mais l'on sait fort bien qu'au plan économique, cela représente des coûts importants. Comme vous recevez les patients en phase tout à fait terminale, est-ce que les coûts pour le soin d'un patient chez vous sont moindres comparativement à quelqu'un qui est dans un hôpital général ou un hôpital de soins tertiaires? Comment voyez-vous que les soins palliatifs pourraient être mis de façon plus abondante et plus généreuse à la disposition de la population, non seulement au Québec mais à travers du pays? On sait que l'on est dans un contexte de resserrement financier.

M. Dionne: Si vous regardez les chiffres à la Maison Michel Sarrazin, il en coûte 312 \$ par jour par patient. Si vous comparez à mon hôpital, c'est cinq cents quelques dollars par jour par patient. On dit en général que c'est à peu près la moitié du coût moyen d'un hôpital. Au point de vue économique, c'est rentable.

Si vous comparez à domicile, parce que la tendance dans notre milieu, c'est de mourir chez soi. C'est encore plus économique. Mais il faut dire que la participation de la société, la participation sous forme de bénévolat est un apport extraordinaire.

Je vous parlais de 250 bénévoles. Si nous devons payer tous les gens qui travaillent à La Maison Michel Sarrazin, il en coûterait le même prix qu'à un hôpital. Mais les bénévoles qui viennent huit heures/semaine auprès du patient ou auprès d'autres services dans la maison le font gratuitement. Cela nous fait épargner de l'argent.

Au début, je vous disais que c'est une question de société ces débats de soins palliatifs et d'euthanasie. Si la société s'occupait des plus démunis, comme les phases terminales ou les patients qui demandent à se faire enlever la vie, on aurait des lois qui permettraient...

D'ailleurs, je voulais vous dire en conclusion que vous devriez plutôt légaliser les soins palliatifs et les conditions pour les réaliser que l'euthanasie. Des lois pour des choses aussi simples que permettre un «congé mourir» pourraient être mises en vigueur.

Quand on accouche, il y a toujours un congé de maternité pour la madame qui va accoucher et pour son mari qui va l'accompagner. Pourquoi ne pas faire la même chose avec le mourir? Continuer à payer le salaire de l'individu qui en a pour deux mois à vivre et permettre à sa conjointe, qui travaille, de recevoir son salaire et de l'accompagner. Cela éviterait beaucoup de soins. Les aidants naturels de la famille sont omniprésents et sont les personnes les plus importantes.

Une compagnie d'assurances pourrait facilement décider de donner une partie de l'assurance-vie avant que le patient décède pour payer une partie des soins. Il n'y a rien qui s'objecte à cela. Il y a une compagnie qui a apparemment fait un projet, parce que cela fait plusieurs années que l'on suggère cela dans nos conférences.

Si la société prenait en main les démunis au vrai sens du mot, vous n'auriez pas besoin de légaliser l'euthanasie ou même d'en parler. Vous n'auriez pas besoin d'être ici aujourd'hui à m'écouter.

[Traduction]

Senator Lavoie-Roux: Everyone has great respect for the palliative care ideal, but it's well known that palliative care is very costly. Since you take in patients in the terminal phase of their illness, are your costs lower, comparatively speaking, than the cost of caring for such patients in a general hospital or a tertiary care facility? How would you suggest palliative could be made more accessible and provided more generously to the general population, not only in Quebec but throughout the country, given the context of financial restraint?

Mr. Dionne: It costs us \$312 per patient per day at Maison Michel Sarrazin. In the hospital where I work, it costs five hundred and some dollars per patient per day. In general, palliative care costs about half what hospital care costs. It makes economic sense.

Dying at home, which is increasingly the trend, is still less costly. But community participation in the form of volunteers makes an extraordinary difference.

I mentioned our 250 volunteers. If we had to pay all the people who work at Maison Michel Sarrazin, it would cost us the same as in a hospital. But the volunteers who come for eight hours a week with a patient or to carry out other services do it for free, and that saves us money.

At the start I told you that this was a social issue, the debate over euthanasia versus palliative care. If our society looked after its weakest members, like the terminally ill who want to end their lives, we would have laws that would enable us ...

I wanted to say in conclusion that you should legalize palliative care and the conditions required for its success, and not euthanasia. Something as simple as laws permitting "death-bed leave" could be introduced.

When a woman gives birth she gets maternity leave and so does her husband, so he can be with her. Why not do the same thing for the dying? Continue to pay a salary to the person who has two months left to live and enable his or her spouse, who has a job, to go on being paid too and be with the dying person. That would make a good deal of institutional care-giving unnecessary. The natural care givers are the members of the patient's family, they're on the spot and they're the most important people.

An insurance company could easily decide to hand over a portion of a dying person's life insurance benefits before the person died, to cover a part of the costs of care. There are no objections to that. There apparently is a company looking into the idea, because the suggestion has been surfacing for several years now in our conferences.

If our society started really caring for its weakest members, in the true sense of the word, there would be no need to legalize euthanasia or even talk about it. You wouldn't have to be here today listening to me.

[Texte]

Les soins palliatifs, c'est un mouvement d'humanisme qui vient de la société. La Maison Michel Sarrazin est impliquée dans la société financièrement. Je vous donne une comparaison. Quarante pour cent de nos dépenses viennent de la région de Québec sous forme de dons. Certaines années, 50 p. 100.

Madame Lavoie-Roux nous avait fait une passe assez intéressante en acceptant que le ministère qu'elle dirigeait nous donne une subvention qui équivaut à peu près à 28 p. 100 de nos dépenses et de l'augmenter un petit peu chaque année, ce qui se fait encore.

Tout cela pour vous dire que le bénévolat auprès de tous ces patients et de tous ces gens démunis qui ne demandent qu'à mourir est une caractéristique d'une société qui s'occupe bien des démunis. C'est un choix de société que vous allez faire, si vous vous en allez vers l'euthanasie, si vous optez pour légaliser l'euthanasie.

Je vous parlais tout à l'heure de l'article paru dans le *Times* du 4 juillet, le psychiatre en Hollande qui s'appelle Chabot — qui a un nom très québécois mais un prénom hollandais — a accepté de faire mourir une jeune dame qui était en détresse psychologique et qui, après quatre mois de traitement, voulait mourir. Elle avait elle-même essayé de s'enlever la vie à deux reprises.

Il a accepté de faire de l'euthanasie et l'article le mentionne. Vous n'avez qu'à observer la Hollande où vous allez voir «the slippery slope», comme il le décrit.

Tantôt je vous donnais des exemples avec des chiffres, de l'abus que l'on peut faire. Au début on parlait de phase terminale, on parlait de douleur physique. Maintenant, on parle de détresse psychologique. La détresse psychologique peut arriver à un moment donné où quelqu'un perd un enfant et décide qu'il n'a plus de raison de vivre, il va voir un médecin et, d'accord avec le médecin, prend sa médication et s'enlève la vie. Cela n'a plus de fin et c'est une des craintes des soins palliatifs.

Notre autre crainte est bien décrite dans un article paru dans, je pense, le *New England Journal of Medicine*, intitulé *Is Euthanasia going to Kill Medicine?* L'auteur disait qu'il est bien possible que la confiance dans la médecine, lorsque l'euthanasie sera pratiquée sur une autre échelle, aura changée d'allure.

Dans le document que je vous ai remis, la conclusion mentionne que l'institution, La Maison Michel Sarrazin, a opté pour exclure l'euthanasie. Un des arguments présenté, c'est la confiance. Si l'on pratiquait l'euthanasie pour certains patients, le prochain patient qui est un peu malcommode, colérique et que l'on a un peu de difficulté à aider, pourrait se dire que peut-être un jour on lui passera une petite médication qui va l'emporter. Dans les hôpitaux cela est encore plus évident parce que le contrôle est moindre.

Une autre crainte que j'ai, pendant que j'y suis, c'est celle de la légalisation de l'euthanasie. D'abord, ce seront les médecins qui vont poser le geste. Je ne pense pas qu'il y a beaucoup de gens dans notre société qui ne sont médicalement reliés, qui vont décider de faire de l'euthanasie. Parce que les membres du mouvement *Exit*, en Angleterre, ne sont pas nécessairement des médecins.

[Translation]

Palliative care is a humanist movement that grows out of the community. Financially Maison Michel Sarrazin is rooted in the community. I will give you an example. Forty per cent of our expenditures are covered by donations from the immediate Quebec City region. In some years it's 50 per cent.

Senator Lavoie-Roux made an interesting arrangement for us by getting the ministry she headed at the time to give us a grant equal to 28 per cent of our costs, increasing a little bit every year. The arrangement still stands.

All this is to say that volunteering to work with the sick or any of society's disadvantaged who want only to die is a sign of a society that cares for its weakest members. It's a choice for our whole society that you're going to make: Do we want to go in the direction of euthanasia, make euthanasia legal?

I mentioned earlier an article that appeared in the *New York Times* on July 4. A Dutch psychologist named Chabot — he has a very Quebec family name but a very Dutch first name — agreed to put to death a young woman who was in psychological distress and after four years of treatment wanted to die. She had twice tried to take her own life.

Dr. Chabot agreed to euthanize her, and the article says so. You have only to look at Holland to see where this slippery slope would lead us.

Earlier I gave you examples, with figures, of the abuses that can occur. In the beginning they talked about terminal illnesses and physical pain. Now they talk about psychological distress, which can occur at any point. Suppose someone loses a child and decides she has no reason to go on living — she goes to a doctor, is given medication and kills herself. The reasons could be endless, and that's one of the fears of people in the palliative care field.

Our other fear is well described in an article that appeared, I think, in the *New England Journal of Medicine*, entitled "Is Euthanasia going to Kill Medicine?". The author of the article said it was entirely possible that confidence in medicine would erode once euthanasia was being practised on a larger scale.

In the document I submitted to you, the conclusion said that Maison Michel Sarrazin had opted to exclude the possibility of euthanasia. One of the reasons for this position was confidence. If we euthanized certain patients, the next patient who is difficult, hostile, hard to help, might say to himself, "One day they're going to slip me a drug and get rid of me." In hospitals this is even more obvious, because the controls are less stringent.

Another fear I have, while I'm on this subject, involves the legalization of euthanasia. It would be physicians who would perform the act. I don't think there are many people in our society without medical qualifications who would want to perform euthanasia. But the members of England's *Exit* movement are not necessarily doctors.

[Text]

Vous allez alors faire face à une situation où on va se demander qui sont les médecins les mieux placés pour décider de l'euthanasie? Vous allez facilement répondre que ce sont les médecins qui pratiquent les soins palliatifs: ils ont l'expertise, ils ont la volonté de tout faire pour garder le patient en vie et de le soulager, et ils sont mieux placé pour juger quand c'est le temps d'enlever la vie. De sorte que vous allez tuer les moins palliatifs dans leur essence ou dans leur philosophie. La philosophie des soins palliatifs, c'est une façon d'être ou de considérer le mourir avec des principes à la base et une espèce de culture. On parle maintenant dans la littérature de la «culture du mourir». Les soins palliatifs ont été à l'origine de cette terminologie.

Si vous acceptez de légaliser l'euthanasie, je pense que vous allez créer un ressac qui va faire mourir les soins palliatifs.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je vous remercie, docteur Dionne.

Le sénateur Corbin: Je vous remercie, madame la présidente. Je m'excuse, docteur Dionne, d'avoir manqué votre présentation. Je crois néanmoins apprécier le sens général de votre intervention de ce matin et je vous en félicite.

Je crois qu'il faut faire davantage à l'échelle des soins palliatifs dans l'ensemble du pays, pour assurer un degré d'assurance et de confort que semblent rechercher les personnes mourantes. Je me base essentiellement sur ma propre expérience pour dire cela.

La difficulté dans le débat semble être la perception qu'a le public du passage de la vie à la mort. Malheureusement, je crois que les médias dans l'ensemble colportent des faussetés et ont tendance surtout à faire peur au grand public, si l'on peut s'exprimer ainsi. De telle sorte que l'on ne doit pas se surprendre des résultats obtenus par les sondages. Je considère que c'est le rôle d'un comité tel que le nôtre d'éduquer davantage le public.

Il est étonnant de constater à quel point on peut donner des sens différents aux termes et aux mots. Vous avez fait référence aux soins palliatifs comme étant essentiellement un mouvement d'humanistes. Or, il s'est présenté à notre comité, un groupe qui s'appelait, je crois, *The Humanist Association of Canada*, et qui va dans un sens tout à fait contraire de ce que vous venez de nous dire. Alors les mots ne veulent plus rien dire, semble-t-il, ou du moins, on leur cause tellement de distorsion que le jour devient la nuit, le noir devient le blanc, il n'y a plus moyen de s'y retrouver.

Je reviens à ma question fondamentale. Comment peut-on arriver à véhiculer dans le grand public des notions véritables ou, enfin, des notions honnêtes de l'acte de mourir de telle façon que l'on n'en arrive pas à des distorsions monstrueuses de la réalité? Est-ce que vous auriez une réflexion à partager avec nous là-dessus?

M. Dionne: Oui, d'ailleurs j'avais écrit un petit bout de texte là-dessus, je suis content que vous en parliez. Dans le *Toronto Star*, il y a un sondage qui a été fait sur le «mercy killing» et la réponse obtenue est que 78 p. 100 des Canadiens seraient en faveur et 14 p. 100 contre.

[Traduction]

You will end up with a situation where people will be asking, "Which doctors are in the best position to decide to perform euthanasia?". And the obvious answer will be, "The ones active in palliative care". They have the expertise, they have the desire to do everything to keep the patient alive and comfortable, and they're in the best position to judge when the time has come to take life away. And this will kill palliative care at the heart, in its philosophy. The philosophy of palliative care is a way of looking at dying on the basis of certain principles, as a particular culture. In the literature they speak now of the "culture" of dying. Palliative care is at the source of this terminology.

If you accept the legalization of euthanasia, I think you are going to create a backlash that will kill palliative care.

Senator Lavoie-Roux: Thank you, Dr. Dionne.

Senator Corbin: Thank you, Madam Chairman. Dr. Dionne, I must apologize for missing your presentation. I think I have nevertheless grasped the general thrust of your remarks this morning, and I congratulate you.

I think more has to be done at the palliative care level throughout the country, to ensure the degree of certainty and comfort that the dying seem to seek. I am drawing largely on my own experience when I say this.

The difficulty in the debate seems to be the public's perception of the passage from life to death. Unfortunately I think the media overall tend to purvey false impressions and especially to make the public fearful, if I may put it like that. So we can hardly be surprised by the results the polls come up with. I think it's the role of a committee like ours to inform the public more fully.

It's astonishing to see what widely differing meanings can be given to the same terms. You spoke of palliative care as being essentially a humanist movement. Well, a group appeared before this committee that was called, I believe, the Humanist Association of Canada, and it took a completely opposite position from yours. So it seems that words no longer mean anything, or at least there's so much distortion that day becomes night, black becomes white, and there's no way to untangle the confusion.

To get back to my basic question. How can an accurate picture, or an honest idea, of the act of dying be conveyed to the general public so that its reality isn't horribly distorted? Would you have any thoughts on this that you could share with us?

Mr. Dionne: Yes, in fact I wrote a short text on that subject, and I'm very pleased you raised the issue. A poll on so-called mercy killing was published in the *Toronto Star* that said 78 per cent of Canadians were for it and 14 per cent against.

[Texte]

Comme vous le mentionnez, il y a une méconnaissance de la terminologie, non seulement dans la population mais chez les médecins aussi. Je vous donnais le cas de Nancy B. où le juge a dû dire expressément: C'est de l'acharnement thérapeutique que vous faites et non de l'euthanasie et que le refus de traitement n'est une bonne pratique médicale et non de l'euthanasie.

Comment faire pour populariser et faire comprendre les termes? Je pense qu'il faut poser les bonnes questions. Il y a un groupe américain — et nous l'avons fait à Québec aussi — qui a sondé les étudiants en première année de médecine pour voir qu'est-ce que ceux-ci en pensaient et on réalise qu'ils ne connaissent pas les termes non plus.

Si on posait la question: Est-ce que vous aimeriez voir vos symptômes contrôlés et votre souffrance rendue tolérable jusqu'à la fin, plutôt que de vous faire enlever la vie par euthanasie? Je suis sûr que les réponses seraient différentes. Mais si on demande: Quand vous serez rendu à la phase terminale, voulez-vous mourir? Tout le monde va dire: Oui, enlevez-moi la vie. Parce que la notion du mourir fait peur. Si vous pensez à votre propre mort, cela vous inquiète. On n'y pense pas souvent mais si on y pense sérieusement, on a beaucoup d'inquiétude. Et quand on se fait dire «cancer», on vit un stress extraordinaire parce que mourir du cancer, ce n'est pas gai dans la tête de la population en général.

En réalité mourir c'est un acte doux. C'est tout ce qui accompagne la maladie qui est souffrant, pas le mourir comme tel. Comment faire pour montrer cela aux gens? Par des mouvements comme les mouvements palliatifs.

Il est passé à La Maison Michel Sarrazin plus de 2 000 patients. On a calculé qu'il y avait 10 membres de la famille qui venaient accompagner le mourant pendant les trois semaines qu'il reste avec nous et environ 10 personnes de l'entourage. Alors cela fait 20 personnes par mourant multipliées par 2 000 ou 3 000, cela fait beaucoup de personnes qui ont connu, autour du mourir, un atmosphère humaine, valorisant, significatif et qui mène une meilleure adaptation au deuil. Les gens vivent mieux leur deuil. Ayant connu cela, ils ne veulent pas entendre parler d'euthanasie. Mais s'il faut convaincre les gens par une mort dans leur famille, on n'y arrivera jamais. Une preuve de cela, c'est que nous avons des familles dont trois, quatre, cinq membres sont venus à La Maison Michel Sarrazin. Nous avons des gens qui ont accompagné un mourant et qui disent en partant: «Quand je serai à cette phase-là, je veux venir à La Maison Michel Sarrazin».

C'est par le bouche à oreille. C'est par la conviction et c'est par les textes que l'on réalise cela. Mais comme vous le mentionnez, les journalistes trouvent que cela fait «choc», dans le titre du journal, de dire que 70 p. 100 sont pour l'euthanasie. *Broadway* dit que 70 p. 100 des médecins pratiquent l'euthanasie. Cela fait choc.

C'est petit à petit que nous allons y arriver. C'est une société qui est actuellement en évolution et qui se questionne beaucoup, pas uniquement sur la question du mourir, mais sur la souffrance en générale. C'est par de bons soins que l'on va arriver à convaincre le monde et par des comités comme le vôtre qui,

[Translation]

As you noted, people are not clear on what the terminology means, and that includes doctors. In the case of Nancy B. the judge had to spell out the fact that what the doctors were performing on her were heroic measures, and that abandoning such measures was not euthanasia but sound medical practice.

How are we to make the correct terminology widely used and widely understood? I think the right questions have to be asked. There is a group in the United States — and we have done the same thing in Quebec City — that polled first-year medical students to see what they thought of this issue and it turned out they didn't know the vocabulary either.

If polls asked, "Would you want your symptoms to be controlled and your suffering made bearable right up to the end, rather than die prematurely by euthanasia?" I am sure the answers would be very different. But when they ask, "Once you are terminally ill, will you want to die?" everybody is going to say, "Yes, put me out of my misery", because the idea of dying is scary. If you think about your own death, it's unnerving. People don't think about it that often, but when they consider it seriously it upsets them. And if you're told you have cancer, you undergo extraordinary stress, because most people have a pretty grim picture of what dying of cancer is like.

In actual fact dying is a gentle act. It's the illness and everything that goes with it that can be hard and painful, not dying as such. How can we make people realize this? By movements like the palliative care movement.

More than 2,000 patients have passed through the doors of Maison Michel Sarrazin. We calculate that an average of 10 family members come to be with the dying person during the three weeks he spends with us, and about 10 friends and neighbours. So that makes 20 people for each dying person, multiplied by 2,000 or 3,000 — that's a lot of people who have seen that dying can happen in an atmosphere that is humane, positive and meaningful, one that makes it easier to move through the mourning process, that makes it better for people. After they have this experience, people aren't interested in talk of euthanasia. If we have to convince people by a death in the family, it will be an interminable process, but it does work: We have families where three, four, five members have been patients at Maison Michel Sarrazin. We have people who have been with a dying person and they say, "If I get to that stage, I want to come to Maison Michel Sarrazin".

It's by word of mouth. It's by conviction. It's by documentation. But as you say, the journalists find it makes a nice eye-grabbing headline to say that 70 per cent of Canadians favour euthanasia. *Broadway* claims that 70 per cent of doctors practise euthanasia. It has shock effect.

Inch by inch, we'll get there. Our society is evolving and asking a lot of questions, not just about dying but about suffering in general. It's by providing good care that we'll convince the world, and through committees like yours, which must reach a decision on legalizing euthanasia or not, recognizing the value of palliative

[Text]

éventuellement, vont légaliser ou non l'euthanasie et qui vont donner un sens aux soins palliatifs ou non. En faisant cela, vous allez faire la promotion des soins palliatifs. En faisant la promotion des soins palliatifs, vous allez éloigner le spectre de l'euthanasie.

En Hollande est né un mouvement pour la mort digne, ce qui n'existait pas avant et qui est en train de mettre en branle un mouvement de contestation contre l'euthanasie active. C'est un peu comme cela. Je ne pourrais pas aller plus loin.

Le sénateur Corbin: Encore une fois, nous avons la confusion des termes, la mort digne.

M. Dionne: Oui, sénateur Corbin, nous, on pense que c'est la vie digne au départ.

Le sénateur Corbin: Mourir avec dignité, cela va aux deux extrêmes. Encore une fois, il y a une tâche d'éducation et d'information incroyable à faire.

M. Dionne: C'est comme si on disait à propos de l'avortement «l'avortement digne». Cela n'a pas de sens. Mais on dit cela du mourir, «la mort digne». L'accent doit être mis sur la vie avec dignité.

Ce n'est pas un acte d'indignité que de souffrir. Cela fait parti de la vie. Actuellement on est en train de dire qu'un malade qui va souffrir ou qui anticipe une douleur importante va devenir indigne. Ce n'est pas vrai du tout.

Le sénateur Corbin: Je vous remercie, docteur Dionne.

Senator Perrault: Mr. Dionne, you have said that a strong case for palliative care is an alternative for assisted suicide and you have some persuasive ideas about this. The concern felt by many of us is that palliative care simply is not available in many parts of Canada. You have set forth an ideal situation. La Maison Michel Sarrazin is performing a useful and important function in the province of Quebec, but how many communities in the province of Quebec alone are able to access palliative care of the type that you described so eloquently?

Mr. Dionne: Teaching is the solution for the extension of palliative care. La Maison Michel Sarrazin is a teaching centre that has been affiliated with Laval University for ten years. I have taught thousands of people. We give lectures everywhere.

It has given birth to a movement called "*Le mouvement des soins palliatifs*" throughout the province of Quebec. We are not alone, because in Montreal there are good centres that have done exactly the same, but this movement has created a desire in people who look after patients to have palliative care in their own institutions also.

A nurse or a doctor that does not have the facility of a group will feel very uneasy being alone with a dying patient. It is much better if there is a group. This feeling of uneasiness is known and expressed by many people. In Quebec hospitals, at least 200 groups have been formed.

[Traduction]

care or not. Your actions will promote palliative care, and by promoting palliative care you will ward off the spectre of euthanasia.

Holland has a new movement, in favour of death with dignity, that has begun to protest active euthanasia. That's the way it goes. I can't go further than that.

Senator Corbin: Once again we have that confusion in the terminology — "death with dignity".

Mr. Dionne: Yes, we think it's life that has dignity to start with.

Senator Corbin: Dying with dignity, that can mean two opposite things. Once again, there's an incredible job of education and information to be done.

Mr. Dionne: It's as if we talked about "aborting with dignity". It's meaningless. But people speak of death that way, "dying with dignity". What we have to focus on is living with dignity.

There is nothing demeaning about suffering. It's part of life. The idea now seems to be that a sick person who is going to suffer or who anticipates being in serious pain is going to lose his dignity, his worth. That's not true at all.

Senator Corbin: Thank you, Dr. Dionne.

Le sénateur Perrault: Monsieur Dionne, vous avez dit qu'un argument solide en faveur des soins palliatifs est qu'ils peuvent se substituer au suicide assisté, et certaines de vos idées sont très convaincantes. Ce qui inquiète bon nombre d'entre nous est que les soins palliatifs ne sont tout simplement pas disponibles partout au Canada. Vous avez présenté une situation idéale. La Maison Michel Sarrazin remplit une fonction utile et importante dans la province de Québec, mais combien de communautés, au Québec seulement, peuvent avoir accès aux soins palliatifs que vous avez si bien décrits?

M. Dionne: C'est l'enseignement qui permettra aux soins palliatifs de prendre de l'expansion. La Maison Michel Sarrazin est un centre d'enseignement affilié à l'Université Laval depuis dix ans. J'ai enseigné à des milliers de personnes. Et nous donnons des conférences un peu partout.

Il en est sorti un mouvement appelé Le mouvement des soins palliatifs, qui existe dans toute la province de Québec. Nous ne sommes pas les seuls puisqu'à Montréal il y a d'autres centres excellents qui ont fait exactement la même chose, mais ce mouvement a donné aux gens qui prennent soin des malades le désir d'avoir des soins palliatifs dans leur propre établissement.

Une infirmière ou un docteur qui ne bénéficie pas de l'entourage d'un groupe se sentira mal à l'aise, tout seul avec un mourant. C'est beaucoup plus facile lorsqu'on fait partie d'un groupe. Bien des gens éprouvent ce sentiment de malaise et ils le disent. Dans les hôpitaux de Québec, au moins 200 groupes ont été formés.

[Texte]

Senator Perrault: The province is well served with palliative care units.

Mr. Dionne: Yes. Not all of them are as fully equipped with all the components as we are. Some have home care with doctors, nurses and volunteers. Although it started not long ago, it has spread, and throughout Canada there are perhaps 400 or 500.

Senator Perrault: It is a growing movement then?

Mr. Dionne: It is. Paul Henteleff cited Balfourmount. He spoke about a proposition that has meaning to the group Cancer 2000. I do not know if senators are aware of that expert panel on palliative care, of which we were a member. In 1991 we wrote a report to the federal and provincial governments along with the Canadian Cancer Society on how to organize palliative care in Canada.

In Quebec City, we have realized most of the recommendations and the movement is spreading throughout Canada. It will take time, but there are many motivated persons in Canada now who are very active in promoting palliative care.

Senator Perrault: The Dutch seem to be moving in precisely the opposite direction. Last night when I was flying from Vancouver, I read an article in a newspaper on a decision by the Dutch Supreme Court in which it approved the assisted suicide of a perfectly healthy woman because she was suffering psychological distress.

Mr. Dionne: That is correct.

Senator Perrault: That seems to suggest that other alternatives are being developed in countries such as Holland.

Mr. Dionne: In Holland, it started a long time ago. At the present time, there is a movement for palliative care in Holland.

Senator Perrault: It is very difficult for me to understand how a perfectly healthy woman could be assisted in committing suicide.

Mr. Dionne: The conclusion of that article in *Time* magazine was that this is an example of how we are going down the road with this movement. They call it the "slippery slope".

Senator Perrault: What would you have done had that patient come to you and said, "I have gone through a totally miserable life. I am absolutely shattered. My life has been destroyed. I am physically healthy but mentally distressed." How would you handle that situation?

Mr. Dionne: How would one handle a woman or a child who has been raped? How would one handle a woman who has lost her child and is suffering psychological distress? One has to be humane and prescribe drugs to help her through this acute phase — help her and her family cope. The answer is not taking life away; it is trying to make her life better by helping her. The program *As it Happens* interviewed the psychiatrist, Mr. Chabot.

[Translation]

Le sénateur Perrault: La province est bien servie en fait d'unités de soins palliatifs.

M. Dionne: Oui. Toutes ces unités ne sont pas aussi bien équipées que nous le sommes. Certaines donnent des soins à domicile avec des docteurs, des infirmières et des bénévoles. Bien qu'il s'agisse d'un phénomène récent, ces unités se sont propagées et il y en a peut-être maintenant 400 ou 500.

Le sénateur Perrault: C'est un mouvement en pleine croissance, alors?

M. Dionne: Oui. Paul Henteleff a cité Balfourmount. Il a parlé d'une proposition qui semble plaire au groupe Cancer 2000. Je ne sais pas si les sénateurs ont entendu parler de cette table ronde d'experts sur les soins palliatifs, dont nous étions membres. En 1991, nous avons rédigé un rapport à l'intention des gouvernements fédéral et provinciaux, en même temps que la Société canadienne du cancer, sur la façon d'organiser les soins palliatifs au Canada.

Dans la ville de Québec, nous avons mis en oeuvre la plupart de ces recommandations et le mouvement fait actuellement boue de neige dans tout le Canada. Cela demandera un certain temps, mais nous avons maintenant au Canada un bon nombre de personnes motivées qui se sont lancées très activement dans la promotion des soins palliatifs.

Le sénateur Perrault: Les Hollandais semblent précisément se diriger dans la direction opposée. Hier soir dans l'avion de Vancouver, je lisais un article de journal qui mentionnait une décision de la Cour suprême des Pays-Bas selon laquelle le suicide assisté d'une femme en parfaite santé aurait été approuvé parce qu'elle souffrait de détresse psychologique.

M. Dionne: C'est exact.

Le sénateur Perrault: Il semblerait que des pays comme la Hollande sont en train d'adopter d'autres solutions.

M. Dionne: En Hollande, il y a longtemps que c'est commencé. Mais à l'heure actuelle, un mouvement se forme là aussi pour des soins palliatifs.

Le sénateur Perrault: J'ai beaucoup de difficulté à comprendre comment on pourrait aider une femme en parfaite santé à se suicider.

M. Dionne: L'article du *Time* en arrivait à la conclusion que cela prouvait que nous étions en train de descendre la pente avec ce mouvement. Ils appellent cela la "pente glissante".

Le sénateur Perrault: Qu'auriez-vous fait si cette patiente était venue vous trouver et vous avait dit: «Ma vie a été absolument misérable. Je suis complètement anéantie. Je ne veux plus vivre. Je suis en bonne santé physiquement mais je souffre de détresse mentale». Qu'auriez-vous fait dans une telle situation?

M. Dionne: Que feriez-vous dans le cas d'une femme ou d'un enfant qui a été violé? Ou dans le cas d'une femme qui vient de perdre son enfant et qui souffre de détresse psychologique? Il faut être humain et lui prescrire des médicaments qui l'aideront pendant cette phase critique — l'aider, elle et sa famille, à s'en sortir. La solution n'est pas de lui enlever la vie; il s'agit au contraire de l'aider à vivre une vie meilleure. Monsieur Chabot, le

[Text]

Senator Perrault: He was the doctor in the case?

Mr. Dionne: Yes, he was the psychiatrist. He stated that euthanasia has been talked about for physical pain, but suffering and psychological distress has been forgotten. It is a real entity and has to be considered on the same level as physical pain, so there is no limit to that.

In life there are certain periods of time when psychological distress is suffered and the answer is not to take one's life away. One can receive help; the community has a role to play in that.

To rule for legalizing euthanasia should only be for exceptional cases. In my opinion, a rule is not made for the exception; a rule is made for the general trend. Exceptions are accepted or tolerated, but not legalized.

Senator Lucier: Mr. Dionne, I was very impressed with the information you gave us concerning La Maison Michel Sarrazin. You are doing great work.

When taking polls or conducting studies, it seems to me that the results of the poll will be determined by the state of the person when the poll is taken. On a couple of occasions, I have had serious surgery, as have many people. If I were asked when awaking from the surgery if I were afraid of dying, the answer would be no, I am not. However, if I were asked the same question a couple of weeks before or after the surgery, the answer would be different. Very often, we can take numbers from polls and do pretty well what we want with them. A poll may indicate that 78 per cent were in favour of something and 14 per cent opposed, but if those people were asked the same question on a different day, there may be an entirely different result. Therefore, putting too much emphasis on polls does not do a lot for me.

The difference of opinion on whether or not one agrees with euthanasia varies not only in society, but in families. In my family, there is a range of different opinions. You seem to put the case forward, and I certainly accept that, that under no circumstance is it acceptable. However, you talk about putting people to sleep in a twilight zone, which is splitting hairs; it may not be euthanasia, but it is close.

Mr. Dionne: The intention is not killing.

Senator Lucier: I understand. However, it is very close.

You used Sue Rodriguez as an example. She wanted to do what she did. Do you feel that she did not have a right to do what she did, to take herself out of a very unpleasant situation?

Mr. Dionne: One can kill oneself. One has the right to do that. It is accepted.

Senator Lucier: It is legal.

[Traduction]

psychiatre, a été interviewé dans le cadre de l'émission *As It Happens*.

Le sénateur Perrault: Était-il le docteur en cause dans ce cas?

M. Dionne: Oui, il était le psychiatre. Il a déclaré qu'on s'était servi de l'euthanasie pour remédier à la douleur physique, mais que la souffrance et la détresse psychologique avaient été oubliées. Or, elles existent réellement et doivent être placées au même niveau que la douleur physique, cela n'en finit plus.

Il y a des périodes dans la vie où l'on souffre de détresse psychologique. Le remède n'est pas de s'enlever la vie. On peut se faire aider; la communauté a un rôle à jouer dans cette situation.

L'euthanasie ne devrait être déclarée légale que dans des cas exceptionnels. Or, à mon avis, on n'établit pas de règles pour les cas exceptionnels; une règle est établie pour la tendance générale. Les exceptions sont acceptées ou tolérées, mais non légales.

Le sénateur Lucier: Monsieur Dionne, les renseignements que vous nous avez donnés sur La Maison Michel Sarrazin m'ont beaucoup impressionné. Vous faites de l'excellent travail.

Lorsque l'on fait des sondages ou des études, il me semble que les résultats du sondage dépendent de l'état de la personne au moment où le sondage est effectué. À quelques reprises, j'ai dû subir une intervention chirurgicale, comme bien d'autres gens. Si l'on m'avait demandé à mon réveil, après l'opération, si j'avais peur de mourir, la réponse aurait été non, je n'ai pas peur. Cependant, si l'on m'avait posé la même question quelques semaines avant ou après l'opération, la réponse aurait été différente. Bien souvent, nous pouvons prendre les résultats des sondages et les interpréter plus ou moins à notre gré. Un sondage peut indiquer que 78 p. 100 des personnes interrogées étaient pour quelque chose et que 14 p. 100 s'y opposaient, mais si l'on posait la même question à ces personnes un autre jour, le résultat pourrait être entièrement différent. Par conséquent, accorder trop d'importance aux sondages ne me semble pas très raisonnable.

Les différences d'opinion sur l'euthanasie varient non seulement à l'intérieur de la société, mais aussi dans chaque famille. Dans ma famille, il y a toute une gamme d'opinions différentes. Vous semblez avancer l'idée, et je suis certainement d'accord avec cela, que l'euthanasie n'est acceptable en aucune circonstance. Mais vous parlez d'endormir les gens, vous parlez du "faire dormir" et là, il me semble que vous coupez les cheveux en quatre; ce n'est pas l'euthanasie, mais c'en est très proche.

M. Dionne: Notre intention n'est pas de tuer.

Le sénateur Lucier: Je comprends bien. Mais cela s'en rapproche.

Vous prenez l'exemple de Sue Rodriguez. Elle voulait faire ce qu'elle a fait. Croyez-vous qu'elle n'en avait pas le droit, qu'elle n'avait pas le droit de se sortir d'une situation très pénible?

M. Dionne: On peut se tuer. On a le droit de le faire. C'est accepté.

Le sénateur Lucier: C'est légal.

[Texte]

Mr. Dionne: It is tolerated. It is legal. A person who gives herself away creates emotional distress for the other members of the family. The principle of auto-determination is limited by the interdependence, the social aspect of our personality.

The answer to Sue Rodriguez's situation would have been what was done in Saint Christopher in the city centre of London. Over the last 25 years, it has always had 12 patients who live in a situation where they do not talk. They do not want to die; they want to live. I saw five of them while I was there. They were like Sue Rodriguez; they needed help for everything.

A film was made about a person from Montreal who had Lou Gehrig's disease and lived at home in a special chair. His name is Mr. Corbeil. He said that the will to live is more important, which was the same with Alice Parizeau. He lived to the end because he was looked after. The answer is to look after the patient.

Senator Lucier: I accept that and, in his particular case, I can understand his will to live. That is where a society such as yours does a fantastic job.

You have said that Sue Rodriguez created distress in her family as a result of her assisted suicide. Do you not feel there was an equal amount of stress on her family by her not doing it? In some cases, not in all, but some, the family is not interested in seeing the person suffer any longer.

Mr. Dionne: But if suffering had a meaning, then they would have changed. A lot of patients who come to La Maison Michel Sarrazin want to die. We had a case where a mother, who had everything that was needed to take her own life, gave it to the nurse after two days and said, "We do not need it any more." This is the answer.

Perhaps you have seen doctors who promote euthanasia. I know of one who came to see you. You have to accept that you will never achieve 100 per cent all the time; you will have failures. You have to accept your failures; you cannot be perfect all of the time. There are means to help people get through this acute phase. That is the answer.

If you accept legalization for exceptions, it will become the rule, which is absolutely wrong. I gave you the figures from Holland where it is tolerated and not punitive. Somewhere around 60 per cent of doctors do not put the real diagnosis for the cause of death, because they feel ill at ease even though euthanasia is accepted.

Senator Lucier: Surely, if you are to do anything, you will try to follow the best examples, not the worst ones. Holland is definitely the worst example.

Mr. Dionne: It is the only country from which there are figures. The Exit movement, which started in England and is now in the United States, does not give figures. They have published a book on how to do it, and it is done by lay people. It is a very dangerous slope upon which you are entering.

[Translation]

M. Dionne: C'est toléré. C'est légal. La personne qui s'enlève la vie cause toujours un malaise profond aux autres membres de sa famille. Le principe d'autodétermination est limité par l'interdépendance, l'aspect social de notre personnalité.

Pour répondre à la situation de Sue Rodriguez, il aurait fallu faire ce qui se fait à St. Christopher au centre de Londres. Depuis les 25 dernières années, il y a toujours eu 12 patients qui vivent mais ne parlent pas. Ils ne veulent pas mourir; ils veulent vivre. J'en ai vu cinq d'entre eux lorsque j'y étais. Ils étaient comme Sue Rodriguez; ils avaient besoin qu'on les aide pour tout.

Un film a été réalisé sur une personne de Montréal, un certain M. Corbeil, qui était atteint de la maladie de Lou Gehrig et qui vivait chez lui dans un fauteuil spécial. Il disait que le désir de vivre est plus important, et Alice Parizeau disait la même chose. Il a vécu jusqu'à la fin parce qu'on prenait soin de lui. La réponse est de prendre soin du malade.

Le sénateur Lucier: Je suis d'accord avec cela et, dans ce cas particulier, je peux comprendre le désir de vivre. C'est là qu'une maison comme la vôtre fait vraiment un travail fantastique.

Vous avez dit que le suicide assisté de Sue Rodriguez avait causé de la détresse à sa famille. Ne croyez-vous pas que la détresse de sa famille aurait été aussi grande si elle ne s'était pas suicidée? Dans certains cas, pas dans tous, mais dans certains, la famille ne veut pas voir la personne souffrir plus longtemps.

M. Dionne: Mais si la souffrance avait un sens, ils changeraient alors d'avis. La plupart des malades qui viennent à La Maison Michel Sarrazin veulent mourir. Nous avons eu le cas d'une mère qui avait tout ce qu'il lui fallait pour se suicider et qui a tout remis à l'infirmière après deux jours en disant: "Nous n'en avons plus besoin". Voilà la réponse.

Vous avez peut-être vu des docteurs qui préconisent l'euthanasie. J'en connais au moins un qui s'est présenté devant vous. Vous devez accepter de ne jamais réussir à 100 p. 100 tout le temps; vous échouerez quelquefois. Vous devez accepter vos échecs; on ne peut pas être parfait tout le temps. Mais il y a des moyens d'aider les gens à traverser cette phase critique. C'est là la réponse.

Si vous acceptez de légaliser des exceptions, cela deviendra la règle, et ce n'est pas normal. Je vous ai fait part des chiffres pour la Hollande où l'euthanasie est tolérée impunément. Environ 60 p. 100 des docteurs n'indiquent pas la véritable cause du décès, parce qu'ils se sentent mal à l'aise, même si l'euthanasie est acceptée.

Le sénateur Lucier: Sûrement, si vous devez faire quoi que ce soit, vous essaieriez de prendre modèle sur les meilleurs exemples et non sur les pires. La Hollande est assurément le pire exemple.

M. Dionne: C'est le seul pays pour lequel nous ayons des chiffres. Le mouvement *Exit*, qui a commencé en Angleterre et est maintenant passé aux États-Unis, ne donne pas de chiffres. Ses membres ont publié un livre sur la méthode utilisée, et ce sont des gens qui ne sont pas médecins qui l'appliquent. On glisse alors sur une pente très dangereuse.

[Text]

As I have tried to tell you, it is a way of looking humanely at society by society. Do we look for a more humane society that looks after all of those who are suffering, to the best of its ability? Or do you accept putting them away? If you do that, then you will have abuse.

I am sure you know, much better than I, the number of cases that have been called cases of psychological distress. There is no end to this. I tell a patient, "You have secondary cancer in the liver as a result of your breast cancer. I am not going to cure you. I will help you go through many years, I hope. I will help you to survive. It is not a cure."

She wants to take the decision to end her life now because of anticipated suffering. The price she will pay, because we will do surgery, radiotherapy and chemotherapy, all with no cure, is great. Nearly all of them think of that. However, if you look after them carefully, you can give them a good quality of life, even though the cancer is spreading. The rest of their life becomes meaningful. This is what palliative care is all about.

Senator Lucier: I want to end by saying that regardless of what happens, I think Mr. Dionne and his volunteers should be congratulated and thanked for the good work that they do.

The Chairman: There is no question about that.

I would like to say something with regard to the comments that have been made about the Sue Rodriguez case. From everything that I have read and heard about her life during the few years preceding her death, part of her distress, and maybe a good part of her motivation for doing what she did, was because she did not have sufficient family support. She had a son whom she loved very much. Apparently, her husband was not there for her.

I think one of the most important factors is having the support of your family and your loved ones around you. What you are doing in many ways, Mr. Dionne, is substituting for a loving family or supplementing a family in the work you do in the hospice. It is terribly important. I am sure a lot more people would choose to fight on, as you said, if they had that kind of support within their families.

Mr. Dionne, thank you very much. We have learned a great deal this morning.

The committee adjourned.

[Traduction]

Comme j'ai essayé de vous le faire comprendre, c'est une façon pour nous de poser sur la société un regard plus humain. Voulons-nous une société plus humaine qui s'occupera de tous ceux qui souffrent, dans la mesure de ses possibilités? Ou acceptons-nous de les éliminer? Si on commence à le faire, il y aura des abus.

Je suis sûr que vous savez beaucoup mieux que moi combien de cas ont été appelés des cas de détresse psychologique. Ils sont innombrables. Mais je dis à une patiente: «Vous avez un cancer secondaire au foie, qui est la suite de votre cancer au sein. Je ne vais pas vous guérir, mais j'espère pouvoir vous aider à vivre de longues années. Je vais vous aider à survivre. Ce n'est pas un remède à vos maux.»

Elle veut décider de s'enlever la vie maintenant parce qu'elle prévoit souffrir. Et le fait est qu'elle souffrira beaucoup, et sans guérir, de la chirurgie, de la radiothérapie et de la chimiothérapie qu'elle devra subir. Ils y pensent tous. Pourtant, si vous prenez bien soin d'eux, vous pouvez améliorer la qualité de leur vie, même si leur cancer progresse. On donne un sens au reste de leur vie. C'est de cela qu'il s'agit quand on parle de soins palliatifs.

Le sénateur Lucier: Je voudrais terminer en disant que quoi qu'il arrive, je pense que nous devrions féliciter M. Dionne et ses bénévoles et les remercier du bon travail qu'ils accomplissent.

La présidente: Absolument.

J'aimerais ajouter quelque chose sur le cas de Sue Rodriguez et sur les commentaires qui ont été faits. D'après ce que j'ai lu et entendu sur sa vie pendant les quelques années qui ont précédé sa mort, une partie de sa détresse, et peut-être une grande partie de sa motivation pour le geste qu'elle a accompli, venait de ce qu'elle n'avait pas d'appui familial suffisant. Elle avait un fils qu'elle aimait beaucoup. Apparemment, son mari n'était pas là pour la soutenir.

Je crois que l'appui de votre famille et de ceux que vous aimez est l'un des éléments les plus importants. À beaucoup d'égards, ce que vous faites, monsieur Dionne, dans votre travail à l'hospice est de vous substituer à une famille aimante ou d'ajouter à ce que la famille peut faire. Et c'est terriblement important. Je suis sûre que bien plus de gens choisiraient de continuer à lutter, comme vous le disiez, si leur famille les appuyait.

Monsieur Dionne, je vous remercie infiniment. Nous avons beaucoup appris ce matin.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

From La Maison Michel Sarrazin:
Dr. Louis Dionne.

De La Maison Michel Sarrazin:
Dr Louis Dionne.



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Monday, September 26, 1994

Le lundi 26 septembre 1994

Vancouver, British Columbia

Vancouver (Colombie-Britannique)

Issue No. 14

Fascicule n° 14

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
Desmarais	(or Berntson)
* Fairbairn (or Molgat)	Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Pursuant to Rule 86(4), membership of the Committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Desmarais substituted for that of the Honourable Senator DeWare. (September 23, 1994).

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin	Keon
Corbin	* Lynch-Staunton
Desmarais	(ou Berntson)
* Fairbairn (ou Molgat)	Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Conformément à l'article 86(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Desmarais est substitué à celui de l'honorable sénateur DeWare (le 23 septembre 1994).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, September 22, 1994
(18)

[Text]
The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day (*in camera*) at 11:35 a.m. in Room 356-S, the Honourable Senator Joan Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, DeWare, Corbin, Lavoie-Roux, Molgat and Neiman.(5)

In attendance: Special Advisor to the Committee, Ms Jocelyn Downie. *From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

The Committee considered future business of the Committee
At 2:30 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

VANCOUVER, Monday, September 26, 1994
(19)

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 8:35 a.m. in Vancouver, British Columbia, the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault.(7)

In attendance: Special Advisor to the Committee, Ms Jocelyn Downie. *From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

Other Senator Present: Hon. Paul Lucier

WITNESSES:

From Considine and Lawler:
Christopher M. Considine.

From Canadian Physicians for Life:
Iain T. Benson;
Dr. H. Robert C. Pankratz;
Dr. Jim Lane;
Dr. Willard P. Johnston.

From the Lubavitch Organization for Jewish Development:
Yoseph Thompson.

From the Canadian Unitarian Council:
Brian J. Kiely;
Alison Harvey.

As an individual:
Linda Meyer.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le jeudi 22 septembre 1994
(18)

[Traduction]
Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à huis clos, à 11 h 35, dans la salle 356-S, sous la présidence de l'honorable sénateur Joan Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, DeWare, Corbin, Lavoie-Roux, Molgat et Neiman. (5)

Aussi présentes: Conseillère spéciale du comité: Mme Jocelyn Downie. *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

Le comité examine ses travaux futurs.
À 14 h 30, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

VANCOUVER, le lundi 26 septembre 1994
(19)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 8 h 35, à Vancouver, Colombie-Britannique, sous la présidence de l'honorable sénateur Joan Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault. (7)

Aussi présentes: Conseillère spéciale du comité: Mme Jocelyn Downie. *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

Autre sénateur présent: L'honorable Paul Lucier.

TÉMOINS:

De «Considine and Lawler»:
Christopher M. Considine.
De «Canadian Physicians for Life»:
Iain T. Benson;
Le docteur H. Robert C. Pankratz;
Le docteur Jim Lane;
Le docteur Willard P. Johnston.

De «Lubavitch Organization for Jewish Development»:
Yoseph Thompson.

De «Canadian Unitarian Council:
Brian J. Kiely;
Alison Harvey.

À titre personnel:
Linda Meyer.

[Text]

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 12:45 p.m. the Committee recessed until 1:30 p.m.

AFTERNOON SITTING

VANCOUVER, Monday, September 26, 1994

(20)

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 1:40 p.m. in Vancouver, British Columbia, the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault.(7)

In attendance: Special Advisor to the Committee, Ms Jocelyn Downie. *From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

Other Senator Present: Hon. Paul Lucier

WITNESSES:

As an individual:

Russel D. Ogden.

As an individual:

Humphrey Waldock.

From the British Columbia Association of Social Workers:

Anne DuMoulin;

Michael Boyle;

Stuart Alcock.

As an individual:

Andrew Johnson.

As an individual:

Cecilia Moore.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 5:15 p.m. the Committee recessed until 7:30 p.m.

[Traduction]

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences pour son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins présentent chacun un exposé et répondent aux questions.

À 12 h 45, le comité suspend ses travaux jusqu'à 13 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

VANCOUVER, le lundi 26 septembre 1994

(20)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 13 h 40, à Vancouver, Colombie-Britannique, sous la présidence de l'honorable sénateur Joan Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault. (7)

Aussi présentes: Conseillère spéciale du comité: Mme Jocelyn Downie. *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

Autre sénateur présent: L'honorable Paul Lucier.

TÉMOINS:

À titre personnel:

Russel D. Ogden.

À titre personnel:

Humphrey Waldock.

De «British Columbia Association of Social Workers»:

Anne DuMoulin;

Michael Boyle;

Stuart Alcock.

À titre personnel:

Andrew Johnson.

À titre personnel:

Cecilia Moore.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences pour son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins présentent chacun un exposé et répondent aux questions.

À 17 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30.

[Texte]

EVENING SITTING

VANCOUVER, Monday, September 26, 1994

(21)

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 7:35 p.m. in Vancouver, British Columbia, the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault. (7)

In attendance: Special Advisor to the Committee, Ms Jocelyn Downie. *From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

Other Senator Present: Hon. Paul Lucier

WITNESSES:

From the BC Civil Liberties Association:

John Westwood;
Alister Browne.

From the Catholic Health Association of British Columbia:

Gerald J. Herkel;
Rev. John Horgan;
Susan House.

From the Catholic Health Association of Canada:

Gerry Hiebert;
Brigette Campion;
Elly Englefield;
Dr. Helen Hays.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 10:00 p.m. the Committee adjourned until 8:30 a.m. on Tuesday, September 27, 1994.

ATTEST:

[Translation]

SÉANCE DU SOIR

VANCOUVER, le lundi 26 septembre 1994

(21)

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 19 h 35, à Vancouver, Colombie-Britannique, sous la présidence de l'honorable sénateur Joan Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault. (7)

Aussi présentes: Conseillère spéciale du comité: Mme Jocelyn Downie. *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

Autre sénateur présent: L'honorable Paul Lucier.

TÉMOINS:

De «BC Civil Liberties Association»:

John Westwood;
Alister Browne.

De «Catholic Health Association of British Columbia»:

Gerald J. Herkel;
Rév. John Horgan;
Susan House.

De «Catholic Health Association of Canada»:

Gerry Hiebert;
Brigette Campion;
Elly Englefield;
Le docteur Helen Hays.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences pour son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins présentent chacun un exposé et répondent aux questions.

À 22 heures, le comité s'ajourne jusqu'à 8 h 30 le mardi 27 septembre 1994.

ATTESTÉ:

Clerk of the Committee

Gary Levy

Le greffier du comité

EVIDENCE

Vancouver, Monday, September 26, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 8:30 a.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (Chairman) in the Chair.

The Chairman: Good morning, ladies and gentlemen, honourable senators. This morning we begin our hearings in Vancouver on euthanasia and assisted suicide. On behalf of the Senate, we are eager to hear from the citizens of Vancouver and British Columbia. I believe we will also be hearing witnesses from Alberta while we are here in Vancouver.

It is important to the work of this committee to hear the views of people from all parts of Canada. This is an excellent opportunity for us to hear what people here are thinking and what they feel is serious and important regarding the subject we are now studying.

I should point out that our Senate committee is composed of seven senators. If you look at our bulletins, you will learn the names of all the senators and a little bit about each one. We do have one substitute. Senator DeWare is not here, and Senator Desmarais is taking her place at the moment. Senator Desmarais is a doctor, so we now have two doctors and two lawyers. My distinguished Deputy Chairman is a former Minister of Health from Quebec.

In addition, I would introduce Senator Paul Lucier from the Yukon, and Mr. Svend Robinson, who is a Member of Parliament in the House of Commons. I am sure he is well-known to many of you. We would welcome any others who may wish to listen to the testimony of today's witnesses.

We will begin this morning by hearing the presentation of Mr. Chris Considine, a lawyer who was counsel to Sue Rodriguez. Welcome, Mr. Considine.

Christopher M. Considine, Considine and Lawler: I would like to thank the Chair and members of the committee for giving me the opportunity to speak to you this morning on behalf of my client, the late Sue Rodriguez.

First I would like to tell you a little bit about Sue Rodriguez as a person and what she experienced which led her to go into the courts, and then I will go into subsequent events.

Sue Rodriguez was a remarkable woman who walked into my office in October of 1992. She commenced an extraordinary case about life and death in our society. She died in February of this year. Sue Rodriguez was 43 years of age, married, and had a nine-year-old son. She was a very bright lady who worked as an assistant to administrators in colleges and universities, both in

TÉMOIGNAGES

Vancouver, le lundi 26 septembre 1994

[Traduction]

Le comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui pour étudier son ordre de renvoi concernant l'examen des questions juridiques, sociales et éthiques relatives à l'euthanasie et au suicide assisté en vue d'en faire rapport.

Le sénateur Joan Neiman (présidente) occupe le fauteuil.

La présidente: Bonjour, mesdames et messieurs, honorables sénateurs. Nous commençons aujourd'hui nos audiences à Vancouver sur l'euthanasie et le suicide assisté. Nous, qui représentons le Sénat, sommes très empressés d'entendre les citoyens de Vancouver et de la Colombie-Britannique. Si j'ai bien compris, nous allons également accueillir ici à Vancouver des témoins venus d'Alberta.

Il est important, dans l'intérêt des travaux du comité, que nous recueillions les opinions de Canadiens de partout au pays. C'est pour nous une merveilleuse occasion de nous renseigner sur ce que pensent les gens et sur ce qui est pour eux sérieux et important dans le contexte du sujet sur lequel nous nous penchons.

Il me faut souligner que le comité est composé de sept sénateurs. Si vous jetez un coup d'oeil sur nos bulletins, vous y trouverez les noms des sénateurs et un petit topo sur chacun d'eux. Je préciserai par ailleurs que compte parmi nous un remplaçant: en effet, le sénateur DeWare n'est pas ici et c'est le sénateur Desmarais qui la remplace. Le sénateur Desmarais est médecin, et notre groupe compte donc maintenant deux médecins et deux avocats. Par ailleurs, le distingué vice-président du comité est un ancien ministre de la Santé du Québec.

Je vous présente par ailleurs le sénateur Paul Lucier, du Yukon, et M. Svend Robinson, qui est député à la Chambre des communes et que bon nombre d'entre vous connaissez sans doute très bien. Toutes les personnes intéressées d'entendre les témoignages des invités d'aujourd'hui seront les bienvenues.

Nous allons débiter ce matin avec l'exposé de M. Chris Considine, avocat, qui a conseillé Sue Rodriguez. Bienvenu parmi nous, monsieur Considine.

M. Christopher M. Considine, Considine and Lawler: Je remercie la présidente ainsi que les membres du comité de m'avoir donné l'occasion de venir vous entretenir ce matin au nom de ma cliente, Sue Rodriguez, qui n'est plus des nôtres.

J'aimerais tout d'abord vous dire quelques mots au sujet de Sue Rodriguez en tant que personne et des événements qu'elle a vécus et qui l'ont amenée à recourir aux tribunaux, après quoi je vous parlerai d'événements subséquents.

Sue Rodriguez était une femme remarquable qui s'est présentée dans mon bureau en octobre 1992. Elle a lancé une affaire extraordinaire sur la vie et la mort dans notre société. Elle est morte en février de cette année. Sue Rodriguez avait 43 ans, elle était mariée et elle avait un fils de neuf ans. C'était une femme très intelligente qui avait travaillé comme adjointe auprès

[Texte]

Canada and the United States. She was also very physically active. She was a jogger, a skier, and a photographer.

In April of 1991, just over three years ago, Sue Rodriguez felt numbness in one of her arms. This numbness eventually progressed to the other arm. By August of 1991, she was diagnosed as having ALS. I will not try to pronounce the full name, because I have difficulty doing so. It is more commonly known as "Lou Gehrig's disease".

It is a motor neuron disease. I am not a doctor, but essentially, as I understand it, the neurons from the brain reduce and eventually cease firing to the various muscle groups, causing subsequent atrophy and usually eventual failure of the respiratory system.

In terms of Ms Rodriguez' progress, there was a marked deterioration over the 18 months or so that I knew her. By the time of her death and in the few months leading up to it, she could not move without somebody carrying her. You may recall the footage in September of 1993 just after the Supreme Court of Canada decision where she had to be carried. She required 24-hour bowel care and feeding assistance. Her voice was very fragile. Her respiratory function was impaired. If she developed a bad flu or cold, she was in peril of either respiratory distress or failure, depending on the severity of the disease. She was fed with fluids and gruel-like substances. Her shoulders were permanently dislocated. She had virtually no movement of her legs or arms except to be able to push a large button for her telephone or television.

She was in some physical discomfort and, accordingly, used morphine to relieve that pain. That was done through the assistance of palliative care in Victoria. In essence, she was receiving some form of palliative care, although not to the full extent.

Medical literature indicates that 80 to 90 per cent of people with Ms Rodriguez' type of loss, which starts in the upper extremities, die within two to three years. Her deterioration was ongoing. The doctors saw no reason to change that prognosis. It was expected that she would have died by April of 1994 had she not committed suicide.

Is there a cure for ALS? Ms Rodriguez was not one of the lucky ones in the sense of being a Steven Hawking. His ALS, which appears to be different from that which affected Ms Rodriguez, has permitted him to live for some 27 years or so. There is no cure or means of extending the life of a person like Sue Rodriguez in a meaningful manner known to medical literature at this time. This is notwithstanding the tremendous number of letters, tape recordings, emotional outpourings, and support from people all over North America.

[Translation]

d'administrateurs de collèges et d'universités ici au Canada ainsi qu'aux États-Unis. Elle était par ailleurs très active physiquement. Elle faisait de la course à pied, elle aimait skier et elle était photographe.

En avril 1991, soit il y a un peu plus de trois ans, Sue Rodriguez a ressenti un certain engourdissement dans un bras. Cet engourdissement devait progressivement gagner l'autre bras. En août 1991, on lui a diagnostiqué une sclérose latérale amyotrophique, plus communément appelée maladie de Charcot.

Il s'agit d'une maladie du motoneurone. Je ne suis pas médecin, mais si j'ai bien compris, en résumé, les neurones du cerveau rétrécissent et finissent par ne plus envoyer de signaux aux différents groupes musculaires, amenant l'atrophie et, finalement, l'arrêt du système respiratoire.

Quant à l'évolution de la maladie chez Mme Rodriguez, j'ai constaté une détérioration très marquée pendant les 18 mois où je l'ai connue. Au moment de sa mort et dans les derniers mois la précédant, elle ne pouvait pas se déplacer autrement qu'en se faisant porter. Vous vous souviendrez peut-être du reportage tourné en septembre 1993, tout de suite après l'annonce de la décision de la Cour suprême du Canada: on avait dû la porter. Il lui fallait une permanence 24 heures sur 24 pour l'aider à se nourrir et à se soulager. Sa voix était très fragile. Son système respiratoire fonctionnait mal. Si elle attrapait un mauvais rhume ou une grosse grippe, elle risquait, selon la gravité de l'infection, des troubles ou la paralysie respiratoires. Son alimentation se résumait à des fluides et à des substances semblables au grua. Ses épaules étaient disloquées et n'allaient jamais pouvoir être remises. Elle ne parvenait presque pas à bouger les jambes ou les bras, sauf pour appuyer sur un gros bouton pour son téléphone ou sa télévision.

Elle vivait un certain inconfort physique et elle prenait donc de la morphine pour soulager la douleur. Ce sont les soins palliatifs à Victoria qui rendaient cela possible. Elle bénéficiait donc d'une certaine forme de soins palliatifs, mais pas de toute la gamme possible.

Les ouvrages médicaux disent que 80 à 90 p. 100 des personnes atteintes du genre de troubles moteurs qu'a connus Mme Rodriguez, et qui commence dans les membres supérieurs, meurent au bout de deux ou trois ans. La détérioration de l'état de Mme Rodriguez était permanente. Les médecins ne voyaient aucune raison de changer de pronostic. Il était prévu que si elle ne se suicidait pas elle mourrait au plus tard en avril 1994.

Peut-on se remettre de la maladie de Charcot? Mme Rodriguez n'a pas eu la chance d'un Steven Hawking. La forme qu'a pris la maladie chez lui est différente de celle qui a frappé Mme Rodriguez et elle lui permet de vivre depuis environ 27 ans. La documentation médicale dont on dispose ne fait état d'aucune guérison ni d'aucune façon de prolonger la vie d'une personne dans la situation de Sue Rodriguez. Cela sans tenir compte, bien sûr, de la montagne de lettres, d'enregistrements, de déclarations chargées d'émotions et d'expressions de soutien venus de gens de partout en Amérique du Nord.

[Text]

Ms Rodriguez explored with her neurologist at UBC and her physician from Victoria all sorts of other approaches. They considered the effect of amalgam which is found in dental fillings, et cetera, to see if that being removed might assist in prolonging her life or providing a cure. None of these other approaches was successful.

What was her mental cognition and level of mental suffering towards the end? Her intellect was unimpaired. She had an excellent grasp of the legal and philosophical issues surrounding her case. I do not know if you have had an opportunity to read the transcript of the testimony at the initial trial level but, if you have not had that opportunity, I hope your researcher will be able to provide that to you. Alternatively, we can provide it. In that transcript, she speaks very clearly about the options which she has reviewed and why she decided that physician-assisted suicide was the appropriate option for herself.

She did suffer, mentally, a great deal because of what she saw happening to her body as a result of the disease. From her perspective, she was living a very undignified way of life. She was unable to interact with her friends, her family, and, most importantly, her son, in a way that satisfied her.

I remember a very in-depth conversation I had with Ms Rodriguez one evening last winter, several months before she died, about the fact that she no longer wished to live. A moving comment which confirmed to me her resolution that she no longer wanted to live was made when she told me that she could no longer hug her son; she could no longer play with him, throw a ball to him, or run around with him. Being a father of two young children, this was a very poignant moment for me.

Ms Rodriguez did not want any sympathy. She was very forthright about the disease. She knew she was going to die, and she knew what the final stages of her life were likely to be. She maintained her dignity and composure throughout. It was her courage, notwithstanding her obvious discomfort, which moved people across this country and led, I suspect, in part, to the formation of this committee.

When we first met, Ms Rodriguez told me that she had this disease and explained the nature and progression of the disease. She said she wanted to be able to determine when she could end her life. She told me that she had a number of options which were unacceptable to her. She told me she had reviewed the options with her doctors and her psychologist.

She had obviously read a great deal of literature on the issues and given a great deal of thought to what she wanted in the final stages of her life. She had talked to the hospice community in Victoria. She had read the literature on ALS, and she had excellent medical assistance and access to information from her physician.

[Traduction]

Mme Rodriguez a envisagé avec son neurologue à l'Université de la Colombie-Britannique, ainsi qu'avec son médecin de Victoria, toutes sortes d'autres approches. Ils ont examiné l'effet des composés d'obturation dentaire, et cetera, pour voir si le fait de les enlever ne permettrait pas de prolonger la vie de Sue Rodriguez voire même de la guérir. Aucune de ces approches ne donna de résultats heureux.

Quelles étaient ses capacités mentales et le niveau de sa souffrance mentale vers la fin? Ses facultés intellectuelles n'avaient pas du tout été touchées. Elle comprenait parfaitement les questions juridiques et philosophiques entourant son cas. Je ne sais si vous avez eu l'occasion de lire la transcription des témoignages au niveau initial du procès, mais si ce n'est pas le cas, j'espère que les documentalistes pourront vous en obtenir copie. Sinon, nous pourrions toujours nous en occuper. Dans cette transcription, elle parle très clairement des options qu'elle a passées en revue et explique pourquoi elle a décidé qu'un suicide médicalement assisté était la meilleure option pour elle.

Elle a beaucoup souffert, mentalement, devant la dégénérescence que la maladie infligeait à son corps. De son point de vue, elle vivait une vie dénuée de toute dignité. Elle était incapable d'avoir avec ses amis, avec sa famille et, surtout, avec son fils, des rapports qui la satisfassent.

Je me souviens d'une longue et très sérieuse conversation que j'ai eue avec Mme Rodriguez un soir l'hiver dernier, plusieurs mois avant sa mort, au sujet du fait qu'elle ne voulait plus vivre. J'ai été très ému et convaincu de sa résolution de ne pas vouloir continuer de vivre lorsqu'elle m'a expliqué qu'elle ne pouvait plus embrasser son fils, jouer avec lui, lui lancer une balle ou courir avec lui. Moi-même père de deux jeunes enfants, j'en suis resté bouleversé.

Mme Rodriguez ne cherchait pas la sympathie des gens. Elle parlait très ouvertement de sa maladie. Elle savait qu'elle allait mourir et elle savait quelles allaient vraisemblablement être les dernières étapes de sa vie. Elle a maintenu sa dignité et sa maîtrise de soi jusqu'à la fin. C'est son courage, malgré son inconfort manifeste, qui a touché les gens de tout le pays et qui a sans doute, au moins en partie, contribué à la formation du comité ici réuni.

Lors de notre première rencontre, Mme Rodriguez m'a dit qu'elle était atteinte de cette maladie et elle m'en a expliqué la nature et la progression. Elle m'a dit vouloir pouvoir déterminer quand elle mettrait fin à ses jours. Elle m'a dit trouver inacceptable un certain nombre d'options. Elle m'a dit avoir examiné les différentes possibilités avec ses médecins et son psychologue.

Elle avait manifestement lu beaucoup de choses sur les différents aspects et beaucoup réfléchi à ce qu'elle voulait pour les dernières étapes de sa vie. Elle a parlé avec des gens dans les hospices à Victoria. Elle avait lu toute la documentation qu'elle avait pu trouver sur la maladie de Charcot et son médecin lui assurait d'excellents soins médicaux et un excellent accès aux renseignements disponibles.

[Texte]

She felt that other people should not dictate to her how she should live out her final days; rather, it should be a matter of individual choice for the terminally ill patient. The options which were not acceptable to her included living an undignified and miserable existence in the latter stages of the disease, with eventual death; or being provided with heroic measures such as feeding tubes or respiratory assistance. She believed this would merely needlessly prolong what would be for her an undignified existence. She also recognized that, without these heroic measures, she faced death potentially by starvation or respiratory failure.

She did not want to accept palliative care to the extent that it allowed her to hasten her death. She was prepared to allow and did permit medical personnel to give her doses of morphine in order to relieve the physical pain. However, she was not prepared to allow palliative care to the extent that it would, while relieving pain, hasten her death.

She did not want this for a number of reasons, including the fact that she would still be enduring the physical and mental suffering from the disease and the indignity of the disease. There was the possibility that she might be in a drowsy condition. That is not always necessarily the case, but it certainly can be the case with palliative care. Finally, she would not be able to determine the time at which she would die. It would never give her back the ability to hug her son.

She had talked to quite a few health care professionals about palliative care before making this decision. It was not an uninformed decision. She realized that many palliative care physicians believe that palliative care is the best option. However, she found that it did not relieve the mental suffering and indignity which she herself was suffering.

She did not want to commit suicide while she was physically capable of doing so without assistance. She did not want to take that step because she was not ready to die at that time. I am talking about the time when she first came to see me, or in the subsequent few months, until she was put into a wheelchair. She was still enjoying life. In the latter stages of the disease when her enjoyment of life was diminished to the point where she no longer wished to continue living, she knew that she would be unable to commit suicide without assistance.

Ms Rodriguez' essential point was that, as a terminally ill, competent adult, she should be able to determine the time she wished to die and to bring it about herself rather than being forced to endure ongoing mental and physical suffering needlessly. She felt that the suffering would affect her, her family, and her friends; and it did. She felt that it was important to live and die with dignity. She felt that it should be her choice in these particular circumstances rather than that of anybody else.

Ms Rodriguez recognized that many people might wish to make another choice for themselves, that they might not wish to have physician-assisted suicide, that they may wish to have palliative care, or they may wish to have heroic measures. She felt that

[Translation]

Elle estimait que d'autres ne devraient pas lui dicter la façon dont elle devrait vivre ses derniers jours. Elle pensait plutôt que ce devrait être une question de choix individuel pour tout malade en phase terminale. Comptaient parmi les options qu'elle ne jugeait pas acceptables vivre une existence misérable et sans dignité dans les derniers stades de la maladie, avec, de toute façon, la mort au bout, et se faire imposer des mesures héroïques, par exemple la pose de tubes d'alimentation ou son branchement sur respirateur. Elle estimait que ce genre de choses ne serviraient qu'à prolonger inutilement une existence dénuée, à son sens, de toute dignité. Elle savait également qu'en l'absence de telles mesures héroïques, elle risquerait de mourir de faim ou de défaillance respiratoire.

Elle ne voulait pas utiliser les soins palliatifs pour amener plus tôt sa mort. Elle était prête à laisser le personnel médical lui administrer des doses de morphine pour soulager sa douleur physique, et elle l'y a autorisé. Elle n'était cependant pas d'accord avec des soins palliatifs qui soulageraient la douleur tout en rapprochant sa mort.

Elle rejetait cela pour plusieurs raisons, notamment le fait qu'elle continuerait de subir la souffrance physique et mentale amenée par la maladie ainsi que la perte de la dignité de sa personne. Elle ne voulait pas se retrouver dans un état de somnolence. Ce n'est pas toujours le cas, mais ce peut l'être avec les soins palliatifs. Elle serait incapable de déterminer le moment où elle mourrait et elle ne serait pas plus en mesure d'embrasser son fils.

Elle avait discuté des soins palliatifs avec plusieurs professionnels des soins de santé avant de prendre sa décision. Ce n'était pas une décision non éclairée. Elle savait que de nombreux médecins spécialisés dans les soins palliatifs estimaient que les soins palliatifs étaient la meilleure solution. Elle avait néanmoins constaté que ces soins n'apaisaient pas les souffrances mentales et la perte de dignité qui la terrassaient.

Elle ne voulait pas se suicider alors qu'elle était physiquement capable de le faire sans aide. Elle ne voulait pas franchir ce cap parce qu'elle n'était pas prête à mourir. Je parle ici de l'époque de notre première rencontre et des quelques mois qui ont suivi, jusqu'à ce qu'elle soit obligée d'utiliser un fauteuil roulant. Elle jouissait toujours de la vie. Elle savait cependant que dans les derniers stades de la maladie, une fois sa jouissance de la vie diminuée à un point tel qu'elle ne voudrait plus vivre, elle ne serait plus en mesure de se suicider sans aide.

L'essentiel du discours de Mme Rodriguez était qu'en tant qu'adulte, habile, en phase terminale, elle devrait pouvoir choisir le moment où elle aimerait mourir et provoquer elle-même cette mort au lieu d'être obligée d'endurer inutilement de nouvelles souffrances mentales et physiques. Elle estimait que cette souffrance aurait une incidence sur elle, sur sa famille et sur ses amis, et c'était le cas. Elle pensait qu'il était important de vivre et de mourir dignement. Elle estimait que, dans ces circonstances, ce devrait être son choix, et non celui de qui que ce soit d'autre.

Mme Rodriguez admettait que d'autres personnes veuillent peut-être faire un autre choix, ne pas recourir à un suicide médicalement assisté, mais opter plutôt pour des soins palliatifs ou pour des mesures héroïques. Elle disait que ces choix étaient tout

[Text]

those choices were legitimate for those individuals, but that their choices should not be imposed upon her.

The approach that Ms Rodriguez took to her case was one of looking at what our Charter of Rights in Canada stands for. As enunciated in the *Oakes* case, there are a number of principles by which we are to guide our lives in this great Canadian society in which we live. These principles include respect for the inherent dignity of the human person, commitment to social justice and equality, and an accommodation of a wide variety of beliefs.

It was under those basic principles of our society and our Charter that she went forward to the Supreme Court of Canada. She always knew from the beginning that it would be necessary to go that far and that it eventually would be Parliament, through the Senate and the House of Commons, which would have to ultimately determine the issues.

She was very pleased by the response of the Chief Justice of British Columbia, Justice McEachern, as well as by the Chief Justice of the Supreme Court of Canada, Justice Lamer, as well as Madames Justice McLachlin and L'Heureux-Dubé, and Mr. Justice Cory. I am sure you have had an opportunity to read their decisions, as well as the decision of Mr. Justice Sopinka. All of those decisions speak very clearly about the issues which are before you, as well as the need for Parliament to address the issue ultimately. She found it ironic that, in terms of her fate with respect to the legality of physician-assisted suicide, it was only determined at the end by one vote.

There are several other points I would like to address with respect to Sue Rodriguez and how she felt. I was not with her at the end, however, I did speak with her several days before she died, and I know the mental suffering she was undergoing at that time and her desire for relief from that suffering.

I think palliative care is an extremely worthwhile procedure that is available for the terminally ill, and I think it is very fortunate that the Supreme Court of Canada has recognized it as a procedure that is acceptable within our Canadian society. It is very worthwhile having that stamp of legal approval on our procedures. However, it is ironic in some ways that, where it does go to the extent of hastening a patient's death, it is the physician who injects the substance rather than the patient himself or herself. The patient may not, in fact, make a determination at the final moment of injection.

I am not going to tell you about Sue Rodriguez' fight through the courts in terms of going through each decision and analyzing it. From what I have heard of your proceedings, it is quite clear that you have read those decisions and analyzed them in quite some detail. However, I would like to address you with respect to some of the options we have for treating the terminally ill at the present time and why physician-assisted suicide is something that ought to be considered in our Canadian society.

At present we have a number of options which cause or hasten the termination of life of a terminally ill patient, and those options are pursued primarily for the purpose of relieving a person's

[Traduction]

à fait légitimes pour ces gens-là, mais qu'ils ne devraient pas lui être imposés à elle.

L'approche de Mme Rodriguez dans toute cette affaire s'appuyait sur ce que représente notre Charte des droits et libertés. Comme cela a été énoncé dans l'affaire *Oakes*, il y a plusieurs principes qui doivent guider nos vies dans cette belle société canadienne au sein de laquelle nous vivons. Comptent parmi ces principes le respect de la dignité inhérente de l'être humain, l'engagement envers la justice sociale et l'égalité et l'acceptation d'une vaste gamme de croyances.

C'est en s'appuyant sur ces principes fondamentaux et sur notre Charte que Mme Rodriguez s'est rendue jusqu'à la Cour suprême du Canada. Elle savait dès le départ qu'il allait lui falloir aller jusque-là et que l'affaire aboutirait devant le Parlement où ce seraient le Sénat et la Chambre des communes qui finiraient par trancher.

Elle avait été très heureuse des réactions du juge en chef de la Colombie-Britannique, le juge McEachern, ainsi que du juge en chef de la Cour suprême du Canada, le juge Lamer, et de Mme la juge McLachlin et de Mme la juge L'Heureux-Dubé ainsi que du juge Cory. Je suis certain que vous avez eu l'occasion de lire le texte de leurs décisions ainsi que de celle du juge Sopinka. Toutes ces décisions parlent en des termes très clairs des questions qui vous occupent ainsi que de la nécessité de saisir le Parlement de la question pour que ce soit lui qui en décide. Elle a trouvé très ironique qu'en ce qui concerne son propre sort relativement à la légalité du suicide médicalement assisté, celui-ci soit décidé par une seule voix.

Il y a plusieurs autres points que j'aimerais aborder relativement à Sue Rodriguez et à ce qu'elle ressentait. Je n'étais pas avec elle à la fin mais j'ai discuté avec elle plusieurs jours avant sa mort, et je sais quelles souffrances mentales elle vivait à ce moment-là et quel était son désir d'en être libérée.

Je pense que les soins palliatifs sont une forme d'intervention extrêmement intéressante pour les malades en phase terminale, et c'est à mon sens une très bonne chose que la Cour suprême du Canada ait jugé qu'il s'agit là d'interventions acceptables dans la société canadienne. Il est très bon que ceux-ci aient été sanctionnés par l'appareil judiciaire. Il est cependant ironique que là où cela va jusqu'à amener plus vite la mort du patient, c'est le médecin qui injecte la substance au lieu que ce soit le patient lui-même. En fait, le patient ne peut pas décider du moment de l'injection.

Je ne vais pas vous parler de chacune des décisions qui ont jalonné la lutte de Sue Rodriguez devant les tribunaux. D'après les procès-verbaux que j'ai pu voir, il est clair que vous avez lu ces décisions et que vous en avez fait une analyse approfondie. J'aimerais néanmoins vous parler de certaines des options que nous avons quant aux soins à offrir aux malades en phase terminale et des raisons pour lesquelles le suicide médicalement assisté est une chose que la société canadienne devrait envisager.

Nous avons aujourd'hui le choix entre diverses options qui peuvent amener ou accélérer la mort d'un malade en phase terminale, et leur but premier est d'apaiser la souffrance du

[Texte]

suffering, whether it be mental or physical. As we all know, for many terminally ill patients, their illness is not a pleasant time. It is full of great indignity and great pain and distress for them and their families.

The options we consider appropriate at the moment are: nonapplication of heroic measures; disconnection of life-support systems, and I know you are familiar with the Nancy B. case; palliative care, which has now been approved by the Supreme Court of Canada; and unaided suicide, which is permitted under the Criminal Code of Canada. Each of these measures can be applied or used with the consent of the patient, by consultation with the family, by proxy, such as a public trustee perhaps, or by living wills.

To ensure that respect for human life is maintained, we have effective homicide laws in our Criminal Code. I am sure you will remember the comments of Madam Justice McLachlin in that regard in her very well written decision.

We have no direct laws in the Criminal Code regarding palliative care, nonapplication or disconnection of life-support systems, yet these options are working well. Can there really be a difference between these practices and physician-assisted suicide? Each action brings about or may hasten death, no matter what legal veneer we put on it. Each recognizes an option for the terminally ill patient. Each is designed to relieve the terminally ill patient's suffering. There is no logical difference to be found between those options and that of physician-assisted suicide.

If a competent, fully informed terminally ill patient says that he or she no longer wishes to put up with the indignities or sufferings of his or her disease, we should not force that patient to do so. There is no difference between a terminally ill patient committing suicide unaided and Sue Rodriguez committing suicide with assistance. It would not have been right to have forced her to have committed suicide before she had reached the point of not wanting to live any more.

The concern about permitting physician-assisted suicide is often based upon religious grounds. Those beliefs must be respected, but they should not be imposed on others who do not follow those religious beliefs.

Some say that palliative care is the ultimate answer. Some hospice physicians will tell you that they have very good techniques for relieving pain. This is true even though those methods may hasten death. However, palliative care does not, in certain cases like Sue Rodriguez, relieve mental suffering and the physical indignities she was experiencing.

Other people paint a picture of a slippery slope leading to physicians killing patients on grounds of expediency, or patients feeling that it is their duty to die. This argument is flawed. We have not seen doctors disconnecting life support systems or giving palliative care inappropriately. Physicians in our society behave in

[Translation]

malade, que celle-ci soit d'ordre mental ou physique. Comme nous le savons tous, la phase terminale d'une maladie n'est drôle pour personne. C'est une période pleine de manque de dignité, de douleur et de détresse pour le malade et pour sa famille.

Les options jugées appropriées à l'heure actuelle sont les suivantes: le non-recours à des mesures héroïques; le débranchement de tous les systèmes de maintien en vie, et je sais que vous connaissez l'affaire Nancy B.; les soins palliatifs, qui ont été approuvés par la Cour suprême du Canada; et le suicide non assisté, qui est permis en vertu du Code criminel du Canada. Chacune de ces mesures peut être utilisée avec le consentement du patient, par consultation de la famille, par procuration, par exemple par un fidéicommissaire ou au moyen d'un testament euthanasique.

En vue de veiller au maintien du respect de la vie humaine, le Code criminel comporte des lois en matière d'homicide. Je suis certain que vous vous souviendrez des observations faites relativement à cela par le juge McLachlin dans sa décision fort bien exposée.

Le Code criminel ne contient aucun texte visant particulièrement les soins palliatifs, le non-recours à des mesures héroïques ou le débranchement de systèmes de maintien en vie, mais ces options fonctionnent bien. Peut-il vraiment y avoir une différence entre ces pratiques et le suicide médicalement assisté? Chaque intervention peut ou va amener plus rapidement la mort, quel que soit le vernis juridique dont vous l'enduisiez. Chacune reconnaît une option pour le malade en phase terminale. Chacune a pour objet de soulager la douleur du malade en phase terminale. Il n'y a aucune différence logique entre ces options et celle du suicide médicalement assisté.

Si un malade compétent, très bien renseigné, en phase terminale dit qu'il ou elle ne désire plus subir le manque de dignité ou les souffrances imposées par sa maladie, nous ne devrions pas l'obliger au contraire. Il n'y a aucune différence entre le malade en phase terminale qui se suicide sans aide et le cas de Sue Rodriguez qui se suicide avec de l'aide. Par ailleurs, il n'aurait pas été juste de l'obliger à se suicider avant qu'elle n'en soit arrivée au point de ne plus vouloir vivre.

Les préoccupations relativement au suicide médicalement assisté s'appuient souvent sur des motifs religieux. L'on doit respecter les croyances religieuses, mais celles-ci ne devraient pas être imposées à ceux qui ne les épousent pas.

D'aucuns disent que les soins palliatifs sont la solution parfaite. Certains médecins d'hospice vous diront qu'ils ont de très bonnes techniques pour apaiser la douleur. Cela est vrai, même si ces méthodes sont susceptibles d'amener plus rapidement la mort. Cependant, dans certains cas, comme dans celui de Sue Rodriguez, les soins palliatifs ne soulagent pas les souffrances mentales et la perte de dignité physique.

Certains font état d'une pente très glissante qui finit par amener les médecins à tuer des patients pour des raisons de convenance et les patients à penser que c'est leur devoir de mourir. Cet argument ne tient pas. Nous n'avons pas vu de médecins débrancher des systèmes de maintien en vie ou administrer des soins palliatifs

[Text]

an extremely responsible manner, using those particular approaches I have talked about today. With appropriate safeguards, we are able to preserve individual choice and protect against abuse.

The basic principle of that protection is found in the homicide provisions of the Criminal Code. The additional protections were enunciated by Chief Justice McEachern and Chief Justice Lamer. Summarizing the basic principles as opposed to each of the points they made, although each of them is appropriate, they required that there be a terminally ill, competent person who is fully informed of the options; that there be proper certification as to the patient's mental and physical condition; and that the patient carry out the final act of the suicide process, although, of course, having assistance.

If you feel that the homicide provisions are insufficient protection, then I suggest that amendments to section 241 of the Criminal Code should include the judicial protections enunciated by the Supreme Court of Canada. I also suggest that those protections should include assistance by persons who are working under the direction of a physician, as certainly occurs in some jurisdictions with palliative care at the present time. I know the practice can vary.

There are those naysayers who say that if Parliament permits physician-assisted suicide, it means that doctors will be forced to help patients. They are wrong. No doctor is required to act in the controversial procedure of abortion, and none would be required to do so in physician-assisted suicide if it were against his or her personal views.

Polls may vary in the sense of the wording of a question and what is understood by various definitions. Therefore polls can only be a guide to the wishes of the Canadian public rather than a definitive answer. However, I do think it is important to look at them. The polls I have seen do tend to indicate a majority in favour of physician-assisted suicide for the terminally ill, and the numbers seem to vary between about 68 per cent and about 78 per cent.

I was told of a recent poll of Alberta physicians where it was found the majority supported the same proposition. As you know, there was a vote this summer by the CMA. On a very small basis, with about 170 people voting, it was split along the lines of about 73 to 53 or something of that nature. It is certainly not determinative and should not be used by you as saying that the Canadian Medical Association rejects physician-assisted suicide. I think what is important is that a significant number of physicians felt that it was appropriate, and that is something I am sure you will bear in mind in your deliberations.

[Traduction]

dans des cas où cela n'était pas indiqué. Dans notre société, les médecins agissent de façon extrêmement responsable, en s'appuyant sur les principes dont je vous ai déjà entretenu. À condition d'avoir en place les garde-fous appropriés, nous pouvons préserver le choix individuel et protéger l'individu contre les abus.

Le principe fondamental de cette protection est contenu dans les dispositions en matière d'homicide du Code criminel. Des mesures de protection supplémentaires ont été énoncées par le juge en chef McEachern et le juge en chef Lamer. Pour résumer les principes fondamentaux, par opposition aux arguments, même si chacun d'eux est tout à fait approprié, il faut: que le malade soit en phase terminale, qu'il soit en pleine possession de toutes ses facultés et qu'il soit au courant de toutes les options; que l'état mental et physique du patient ait été contrôlé comme il se doit; et que ce soit le patient qui accomplit l'acte final de suicide, même s'il bénéficie pour cela d'une certaine aide.

Si vous estimez que les dispositions en matière d'homicide sont une protection insuffisante, alors je recommanderais que l'article 241 du Code criminel soit modifié pour inclure les mécanismes de protection judiciaire énoncés par la Cour suprême du Canada. Je recommanderais par ailleurs que ces mesures de protection couvrent l'aide donnée par des personnes qui travaillent sous la direction d'un médecin, comme c'est déjà le cas à l'heure actuelle avec certains soins palliatifs. Je sais que les pratiques peuvent varier.

Je sais qu'il y a certains opposants au suicide médicalement assisté qui diraient que si le Parlement autorise ce dernier, les médecins seront obligés d'aider les patients. Ils ont tort. Aucun médecin n'est obligé de pratiquer l'avortement et aucun médecin ne serait obligé de participer à un suicide si cela allait à l'encontre de ses croyances et convictions personnelles.

Les résultats de sondages peuvent varier selon la façon dont une question est formulée et ce que laissent entendre les différentes définitions utilisées. Les sondages d'opinion ne peuvent donc que donner des indications sur les désirs du public canadien: ils ne peuvent pas être interprétés comme donnant une réponse définitive. Je pense néanmoins qu'il est important de s'y pencher. Les sondages que j'ai eu l'occasion de voir semblent indiquer qu'une majorité de Canadiens seraient en faveur du suicide médicalement assisté pour les malades en phase terminale, et le pourcentage varierait entre 68 et 78.

On m'a parlé d'un récent sondage effectué auprès de médecins algériens qui faisait ressortir que la majorité d'entre eux seraient en faveur de ce genre de suicide. Comme vous le savez, l'Association médicale canadienne a tenu un vote là-dessus l'été dernier. Même si l'échantillon était très petit (seulement 170 personnes) le rapport était de 73 contre 53 ou quelque chose du genre. Ce résultat est cependant loin d'être déterminant et ne devrait pas être utilisé pour dire que l'Association médicale canadienne rejette le suicide médicalement assisté. Ce qui est, je pense, important, est qu'un nombre significatif de médecins jugent cela approprié, et je suis certain que vous en tiendrez compte dans vos délibérations.

[Texte]

Physician-assisted suicide is practised behind closed doors, as Dr. Timothy Quill outlined in his excellent article in the *New England Journal of Medicine*, and there are a number of physicians who have told me that, in one form or another, it is carried out.

The prosecution guidelines which have been laid down by the Attorney General of British Columbia were welcomed by Sue Rodriguez as recognition that prosecution should not always occur. You will recall that those guidelines contain several fundamental facts, the first being that there is a very fine line between palliative care and physician-assisted suicide. Palliative care has the primary intent of relieving physical and mental suffering, although it may hasten death, whereas physician-assisted suicide in that particular definition would be for the primary purpose of hastening death, although recognizing it may also be relieving mental and physical suffering. There really is a very fine line. Mr. Justice Sopinka also talks about a very fine line in his decision.

The Attorney General recognized that, even if it could be proven that the intent was not primarily to relieve physical and mental pain but something other than that, the Crown has a discretion not to proceed. I suspect that, especially in a case like Sue Rodriguez, it would have been unlikely that they would proceed. However, physicians and patients are still in an unenviable position. Section 241 is the law, and any act against it is illegal and still runs the risk of prosecution.

Although the guidelines are of some help, they still leave people like Sue Rodriguez and those physicians who would support her approach in a grey zone. Should they help a terminally ill patient, they are still liable to prosecution, and they will not proceed without clearance in advance from the Attorney General.

I wish you well in your deliberations. I hope you will remember the freedom of choice of the competent, terminally ill individual. Sue Rodriguez made that choice and caused no harm. I hope that others will be able to make that choice lawfully in the future. Thank you very much.

The Chairman: Thank you, Mr. Considine, for a very interesting presentation. We will now have questions from the senators.

Senator Beaudoin: My question deals with the legislation. As the attorney for Sue Rodriguez, obviously you agree with the dissenting opinion of the four judges of the Supreme Court.

Mr. Considine: Yes.

Senator Beaudoin: Should section 241 of the Criminal Code be set aside entirely as it is, or should it be modified in the way many suggest? Some people say that the criminal law should stay out of this area, and that it should be a question of free choice. However, the fact is that we now have a decision of the Supreme Court that says section 241 does not go against any provisions in the Charter of Rights. It was a very close decision,

[Translation]

Le suicide médicalement assisté se pratique dans le privé, comme le docteur Timothy Quill l'a expliqué dans son excellent article paru dans le *New England Journal of Medicine*, et plusieurs médecins m'ont dit que cela se pratique sous diverses formes.

Les lignes directrices en matière de poursuites judiciaires telles qu'établies par le Procureur général de la Colombie-Britannique ont été interprétées par Sue Rodriguez comme reconnaissant que des poursuites ne devraient pas toujours être engagées. Vous vous souviendrez que ces lignes directrices renferment plusieurs faits fondamentaux, notamment que soins palliatifs et suicide médicalement assisté sont très proches. Les soins palliatifs ont pour objet premier d'apaiser la douleur physique et mentale, même s'ils peuvent amener la mort, tandis que le suicide assisté a pour objet premier d'accélérer la mort tout en reconnaissant que cela peut également amener un apaisement de la souffrance mentale et physique. Il y a vraiment peu de choses qui les séparent. Le juge Sopinka en fait d'ailleurs état dans sa décision.

Le Procureur général a dit que même s'il peut être prouvé que l'intention n'était pas principalement de soulager une douleur physique ou mentale mais autre chose, la Couronne a le pouvoir discrétionnaire de ne pas poursuivre. J'imagine que, surtout dans un cas comme celui de Sue Rodriguez, il est peu probable qu'elle ait engagé des poursuites. Médecins et patients se trouvent néanmoins toujours dans une situation peu enviable. L'article 241 est toujours en vigueur et tout geste qui va à son encontre est illégal et expose l'intéressé à des poursuites.

Même si les lignes directrices sont d'une certaine utilité, il n'en demeure pas moins que des personnes comme Sue Rodriguez et les médecins qui l'appuieraient se trouveraient toujours dans une zone grise. En effet, si un médecin aide un patient en phase terminale, il risque toujours des poursuites, et les médecins attendent donc d'obtenir l'autorisation préalable du Procureur général avant d'agir.

Je vous souhaite bonne chance dans vos délibérations. J'espère que vous songerez à la liberté de choix de la personne habile, en phase terminale. Sue Rodriguez a fait son choix et elle n'a fait de mal à personne. J'espère que d'autres pourront faire le même choix, légalement, à l'avenir. Merci beaucoup.

La présidente: Merci, monsieur Considine, de votre exposé fort intéressant. Nous allons maintenant passer aux questions des sénateurs.

Le sénateur Beaudoin: Ma question porte sur la loi. En tant que conseiller juridique de Sue Rodriguez, vous êtes évidemment d'accord avec les quatre juges dissidents de la Cour suprême.

M. Considine: Oui.

Le sénateur Beaudoin: L'article 241 du Code criminel devrait-il être supprimé carrément ou bien modifié? D'aucuns disent que le Code criminel ne devrait pas se mêler de ce problème et que ce devrait être une question de libre choix. Or, la décision rendue par la Cour suprême dit que l'article 241 ne va à l'encontre d'aucune disposition de la Charte des droits. Le vote a été très serré: cinq voix contre quatre. Cela n'est pas rare dans les

[Text]

five to four, and that is not uncommon in cases dealing with the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

Do you feel it should be set aside entirely, or should it be modified? As a jurist, do you think that there is a distinction between assisted suicide and euthanasia proper?

Mr. Considine: I will try to answer those questions for you, senator, as best as I can.

I have wrestled with the issue that you raised in terms of the legislative solutions. At the present time, we have no legislation regarding the disconnection of life support systems for patients, we have no legislation for nontreatment, and we have no legislation for palliative care. However, those all seem to be working.

I believe in the integrity of the physicians in this country, and I think that physician-assisted suicide could occur without the necessity for any further legislation other than setting aside the illegality of it under section 241 at the present time. The system does seem to be working well.

It may be, however, that, in your deliberations, as you hear from people across the country, you would like the comfort of some conditions being contained in the legislation to cover physician-assisted suicide and possibly certain of the other procedures. You may feel that it is appropriate to put some conditions in, whether it be all the conditions enunciated by Chief Justice Lamer or simply the basic principles of a competent terminally ill patient and leave it at that.

Frankly, when I first went to court with Sue at the initial trial level, I thought that setting aside section 241 was an appropriate way to go. However, the conditions give comfort to many people who have some concerns. The concern I have heard expressed is that there should be some protection in place for the patient. Therefore, when we went to the Court of Appeal and the Supreme Court of Canada, I suggested that some of those protections and conditions reflected in the judgments be imposed in our particular case.

Senator Beaudoin: Professor Dickens, who appeared before us, suggested some amendments to the legislation. If I understand you correctly, you would favour such a solution. You say it is possible to amend the legislation.

Mr. Considine: Yes.

Senator Beaudoin: Do you make a distinction between assisted suicide and euthanasia? Is assisted suicide a certain form of euthanasia?

Mr. Considine: I make a distinction between the two. In physician-assisted suicide, it is the patient who carries out the final act. I have always made that distinction. I made that distinction in the courts as well.

Senator Lavoie-Roux: Thank you for your brief. We know where you stand and we understand the recommendation you are making.

[Traduction]

cas où il est question de la Charte canadienne des droits et libertés.

Pensez-vous que cet article doive être carrément mis de côté ou bien modifié? En tant que juriste, pensez-vous qu'il y ait une distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie proprement dite?

M. Considine: Je ferai de mon mieux pour répondre aux questions que vous venez de poser, sénateur.

J'ai longuement réfléchi à la question que vous soulevez relativement aux solutions législatives. Nous n'avons à l'heure actuelle aucun texte législatif concernant le débranchement de systèmes de maintien en vie, le non-traitement ou les soins palliatifs. Or, toutes ces choses se font.

Je crois en l'intégrité des médecins du pays et je pense que le suicide médicalement assisté devrait pouvoir se faire sans qu'il soit nécessaire d'adopter de nouvelles lois, à condition de rayer son illégalité en vertu de l'article 241. Le système semble bien fonctionner.

Il se pourrait cependant que vous entendiez dans le cadre de vos délibérations des Canadiens qui se sentiraient mieux si figuraient dans la loi certaines conditions régissant le suicide médicalement assisté et certaines autres interventions. Vous jugerez peut-être opportun de prévoir certaines conditions, que ce soit celles énoncées par le juge en chef Lamer ou bien tout simplement que l'on exige que le malade soit en phase terminale et qu'il soit en pleine possession de ses facultés.

Je vous dirai bien franchement que lorsque j'ai représenté Sue au premier palier, je pensais que la solution serait tout simplement de mettre de côté l'article 241. Cependant, la mise en place de conditions rassurerait beaucoup de gens qui ont des inquiétudes. D'après ce que j'ai entendu dire, les gens sont nombreux à vouloir qu'il y ait une certaine protection pour le patient. C'est pourquoi, au niveau de la Cour d'appel et de la Cour suprême du Canada, j'ai suggéré que certaines des mesures de protection et conditions énoncées dans les jugements soient imposées dans l'affaire qui nous occupait.

Le sénateur Beaudoin: Le professeur Dickens, qui a comparu devant nous, a recommandé certaines modifications à la loi. Si je vous comprends bien, vous seriez en faveur d'une telle solution. Vous dites qu'il est possible de modifier la loi.

M. Considine: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Faites-vous une distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie? Le suicide assisté est-il une forme d'euthanasie?

M. Considine: Je fais une distinction entre les deux. Dans le cas du suicide médicalement assisté, c'est le patient qui accomplit l'acte final. J'ai toujours fait cette distinction. Je l'ai faite devant les tribunaux.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci de votre exposé. Nous savons quelle est votre position et nous comprenons la recommandation que vous nous faites.

[Texte]

You seem to feel that the creation of this committee resulted from the Sue Rodriguez case, and I must tell you that that is not so. Ms Rodriguez' case is an important one, particularly because it went to the Supreme Court, and also because of all of the publicity it received. It is a case that will be of some use to us, but it is not the main reason the committee was set up.

Mr. Considine: Senator, I fully accept that. I realize her case merely highlighted a problem and concern which exists across this country and, indeed, across the United States and much of Europe.

The underlying issue in our society is that we are all facing these diseases and coping with the techniques of medicine, et cetera, which prolong life. How do we approach the terminal stages of life? What options do we give patients?

That is why I think your committee is so important. It is probably one of the first committees in the western world to examine all the issues, to look at what they are and how we are going to approach them. I think you are going through a very worthwhile exercise.

Senator Lavoie-Roux: Palliative care is a practice that requires medication. However, the use of sedation may hasten the end, and I think that is more or less the practice. We must be careful, and the best example of this is the case of Nancy B. in Quebec City. A change in the legislation would have clarified all the concerns that have been expressed by yourself and others.

Mr. Considine: I agree.

Senator Lavoie-Roux: In regards to the slippery slope, many people say that, if we open the door a little bit, there will be abuse. You say we have not seen doctors disconnecting life-support systems or giving palliative care inappropriately. The point is that there is not going to be a slippery slope. I have not read the article you mentioned by Dr. Quill where he indicates that it is practised by some physicians behind closed doors. We do not have very accurate data on that. We know that it is probably happening, and it is probably one area that needs further study, but we do not know the extent to which it is being practised. It is still a very grey area, and it seems to me that there is a contradiction between the two.

Mr. Considine: Perhaps I can assist you in that regard. I think it is very important to realize that the protections we have in place in the homicide provisions have ensured that physicians have not killed people; committed murder.

The article by Dr. Timothy Quill, which is in the *New England Journal of Medicine*, is very well written. There have been cases where physicians have assisted others in suicide, but they certainly have not in any way approached the slippery slope where concern has been expressed about physicians killing people because they think it is their time to die or something of that nature.

[Translation]

Vous semblez croire que la création du comité ici réuni résulte de l'affaire Sue Rodriguez, et je dois vous dire que ce n'est pas le cas. L'affaire de Mme Rodriguez est importante, étant donné surtout qu'elle s'est rendue jusqu'à la Cour suprême et à cause de toute la publicité qui l'a entourée. C'est une affaire qui nous sera utile, mais ce n'est pas la raison première de la création du comité.

M. Considine: Madame le sénateur, j'accepte cela. Je me rends compte que son cas n'a fait que souligner un problème et une question qui existaient déjà au Canada ainsi qu'aux États-Unis et dans la plupart des pays d'Europe.

Le problème sous-jacent qui se pose dans notre société est que nous risquons tous de souffrir de ces maladies et de devoir composer avec les techniques de la médecine, et cetera, qui prolongent la vie. Comment aborder les étapes terminales? Quelles options donner aux patients?

Voilà pourquoi votre comité est selon moi si important. C'est sans doute l'un des premiers comités du monde occidental à se pencher sur toutes ces questions, à les définir et à réfléchir à la façon de les aborder. Je pense que le travail que vous avez entrepris est des plus valables.

Le sénateur Lavoie-Roux: Les soins palliatifs exigent des médicaments. Cependant, l'utilisation de calmants peut amener plus rapidement la mort, et il me semble que c'est plus ou moins ce qui se fait. Il faut être très prudent, et le meilleur exemple est le cas de Nancy B., à Québec. Un changement dans la loi aurait tiré au clair toutes les questions soulevées par vous-même et par d'autres.

M. Considine: Je suis d'accord.

Le sénateur Lavoie-Roux: Quant à la pente glissante, beaucoup de gens disent que si l'on ouvre ne serait-ce qu'un tout petit peu la porte, il y aura des abus. Vous avez dit ne jamais avoir vu de médecins débrancher des systèmes de maintien en vie ou offrir des soins palliatifs quand il n'aurait pas fallu le faire. L'important est qu'il ne va pas y avoir de pente glissante. Je n'ai pas lu l'article du docteur Quill que vous avez mentionné et dans lequel l'auteur dit que certains médecins pratiquent cela dans le privé. Nous ne disposons pas de données très précises là-dessus. Nous savons que cela se passe sans doute et il conviendrait probablement de s'y pencher davantage, mais nous n'avons pas d'idée de l'ordre de grandeur. Cela demeure une zone très grise, et il me semble qu'il y a une contradiction entre les deux.

M. Considine: Je peux peut-être vous aider. Je pense qu'il est très important de reconnaître que les mesures de protection que nous avons en place avec les dispositions en matière d'homicide ont veillé à ce que les médecins ne tuent pas de malades, ne commettent pas de meurtres.

L'article du docteur Timothy Quill, paru dans le *New England Journal of Medicine*, est très bien écrit. Il y a eu des cas où des médecins ont aidé d'autres à se suicider, mais ils ne se sont pas du tout approchés de la pente glissante évoquée par certains, qui craignent que les médecins commencent à tuer des gens parce qu'ils pensent que leur moment de mourir est arrivé.

[Text]

Everything I have seen to date, and everything I have heard from physicians on both sides of the coin, would indicate to me that they have behaved in a responsible manner. Their primary and sole purpose has been to relieve mental and physical suffering, and then to act in accordance with the patient's wishes.

Senator Lavoie-Roux: My concern, and that of some of my colleagues, is the old question of when does one's life end. It was partly answered in the discussion of therapeutic harassment, when it was said that therapy does not need to be carried out to an extent where it no longer makes sense. That is one issue that worries me.

If you look at the experience in the Netherlands, it is not at all clear whether there has been any abuse or not. Some people say there has been, and others say there has not. We do not know the answer. All these questions will have to be examined much more thoroughly.

I believe you said that Madam Rodriguez did examine the question of palliative care.

Mr. Considine: Yes.

Senator Lavoie-Roux: You remarked at some point on pain relief which was in the realm of palliative care.

We will be hearing from one witness here in Vancouver who was close to Ms Rodriguez. At one point, this person asked Ms Rodriguez, "If you had had a more supportive social environment, would you have considered another option?" Being as honest as she was, she replied, "Perhaps, yes." That is in one of the briefs that will be presented to us here in Vancouver.

I have known of other Lou Gehrig patients who lived their lives until the end surrounded by their families or their palliative caregivers.

Was it because of her special situation that Ms Rodriguez came to her decision? Should people in a certain situation who want to do it this way be allowed to do it in a certain way, or are there alternatives?

Mr. Considine: I think each case depends on its own situation. Each case is unusual. I am aware of the comment. I know who that comment was made to. That comment was made to Ms Hobbs Birnie, I believe.

There are people who will say, "I wish to live right to the end. I'm going to fight this disease to the end." That is their particular choice. Others say, "From a religious perspective, it would be wrong for me to shorten my life in any manner whatsoever, and I will carry on." Others will say, and Ms Rodriguez is not the only one, "I would like to have this option available to me so that I may choose to exercise it if I wish to do so." Dr. Quill talks about a similar case.

I also believe you have heard from the wife of a man in Victoria. You may not have been told where he came from. She explained to you some very tragic and difficult circumstances. He was a young man in his forties who contracted cancer.

[Traduction]

Tout ce que j'ai vu à ce jour, et tout ce que m'ont dit des médecins des deux camps m'amène à croire qu'ils ont tous agi de façon responsable. Leur objet premier et unique a toujours été de soulager la douleur mentale et physique, puis d'agir conformément aux désirs de leurs patients.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ce qui me préoccupe, et ce qui préoccupe nombre de mes collègues, c'est cette vieille question de savoir quand prend fin une vie. On y a trouvé une réponse partielle dans la discussion sur l'acharnement thérapeutique, lorsqu'il a été dit que les soins ne doivent pas être poussés jusqu'à un point tel où ils ne sont plus logiques. C'est là une question qui m'inquiète.

Si vous prenez l'expérience des Pays-Bas, l'on ne peut pas affirmer qu'il n'y a pas eu d'abus. Certains disent qu'il y en a eu, d'autres pas. Nous ne connaissons pas la réponse. Toutes ces questions devront être examinées de beaucoup plus près.

Je pense vous avoir entendu dire que Mme Rodriguez avait examiné la question des soins palliatifs.

M. Considine: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez dit à un moment donné que le soulagement de la douleur s'inscrit dans les soins palliatifs.

Nous allons entendre, ici à Vancouver, un témoin qui était proche de Mme Rodriguez. À un moment donné, cette personne lui a demandé: «Si vous aviez bénéficié d'un environnement social qui vous donnait plus de soutien, auriez-vous envisagé une autre solution»? Honnête qu'elle était, elle a répondu: «Oui, peut-être». Voilà l'un des témoignages que nous allons entendre ici à Vancouver.

J'ai connu d'autres personnes atteintes de la maladie de Charcot qui ont vécu leur vie jusqu'à la fin, entourées par leur famille ou des prestataires de soins palliatifs.

Était-ce à cause de sa situation très particulière que Mme Rodriguez a pris la décision que l'on sait? Les personnes se trouvant dans une situation donnée et désireuses de choisir ce chemin devraient-elles y être autorisées, ou bien y a-t-il d'autres solutions?

M. Considine: Chaque cas est différent. Chaque cas est unique. J'étais au courant de cette réponse. Je sais à qui elle a été donnée. Elle a, je pense, été donnée à Mme Hobbs Birnie.

Il y a de ceux qui diront: «Je veux vivre jusqu'à la toute fin. Je suis prêt à lutter contre cette maladie jusqu'à la fin». C'est leur choix. D'autres diront: «Pour des raisons religieuses, il m'est interdit d'écourter ma vie de quelque façon que ce soit, alors je vais endurer». D'autres comme Mme Rodriguez diront: «J'aimerais que cette option me soit autorisée afin que je puisse choisir de l'exercer, si c'est là mon désir». Le docteur Quill parle d'un cas semblable.

Je pense que vous avez eu des nouvelles de l'épouse d'un homme à Victoria. Vous n'êtes peut-être pas au courant de sa situation. Elle vous a exposé un certain nombre de circonstances très tragiques et difficiles. Son époux était jeune, dans la

[Texte]

Intellectually, he was an extremely bright person who had everything to live for until the disease hit him. He had a very supportive family background, and she was obviously a very loving wife. She contacted me by telephone. She told you about the horrible circumstances in which he was forced to try to commit suicide and what the family went through enduring it. There is no doubt that he had a loving family, but he chose to exercise his wish to have physician-assisted suicide because of the nature of the disease and the suffering he was going through.

I think it depends on the individual circumstances. Some will say "Yes"; some will say, "It's an option I would like to have"; and others will say, "I would not want it at all".

Senator Perrault: Mr. Considine, you have shared with us a very moving account of the death of Sue Rodriguez. In the process, you have not underestimated the terrible physical features of ALS. My sister died of it and went through everything that Sue Rodriguez did, and perhaps even more because she chose to live and die a natural death.

We have heard extremely well-motivated people on all sides of this very controversial subject. There are some fine people associated with almost every viewpoint. One of the most important recent statements was made by the British Parliament. They came down with their report just a few weeks ago, and I would ask you to comment on some of the challenging statements in part of their conclusion. I invite your comment because we would really like to hear your views.

Page 48 of the report says:

We spent a long time considering the very strongly held and sincerely expressed views of those witnesses who advocated voluntary euthanasia. Many of us have had experience of relatives or friends whose dying days or weeks were less than peaceful or uplifting, or whose final stages of life were so disfigured that the loved one seemed already lost to us, or who were simply weary of life. Our thinking must inevitably be coloured by such experience. The accounts we received from individual members of the public about such experiences were particularly moving, as were the letters from those who themselves longed for the release of an early death. Our thinking must also be coloured by the wish of every individual for a peaceful and easy death, without prolonged suffering, and by a reluctance to contemplate the possibility of severe dementia or dependence. We gave much thought too to Professor Dworkin's opinion that, for those without religious belief, the individual is best able to decide what manner of death is fitting to the life which has been lived.

Ultimately, however, we do not believe that these arguments are sufficient reason to weaken society's prohibition of intentional killing. That prohibition is the cornerstone of law and of social relationships. It protects each one of us

[Translation]

quarantaine, lorsqu'il a su qu'il avait le cancer. Intellectuellement, il était brillant, et il avait toutes les raisons du monde de vivre jusqu'à ce que la maladie le terrasse. Il avait une famille qui l'entourait et son épouse était manifestement très aimante. Elle m'a téléphoné. Elle vous a renseigné sur les circonstances horribles dans lesquelles son mari s'est trouvé plongé, cherchant à se suicider, et de ce que la famille a dû endurer. Il est évident qu'il avait une famille aimante, mais il a choisi un suicide assisté à cause de la nature de la maladie et de la souffrance qui l'accablaient.

Je pense que tout cela dépend des circonstances individuelles. Certains diront «oui»; d'autre diront «c'est un choix que j'aimerais avoir»; et encore d'autres diront «je n'en voudrais pas du tout».

Le sénateur Perrault: Monsieur Considine, vous nous avez fait un récit très émouvant de la mort de Sue Rodriguez. Ce faisant, vous n'avez pas sous-estimé les horribles manifestations physiques de la maladie de Charcot. Ma soeur en est morte et elle a vécu tout ce qu'a vécu Sue Rodriguez et peut-être plus encore, car elle avait choisi de vivre et de mourir une mort naturelle.

Nous avons entendu des personnes très bien intentionnées parler en faveur de l'un et l'autre des camps dans ce dossier très controversé. L'on trouve des gens vraiment très bien parmi les rangs des défenseurs de presque tous les points de vue. L'une des plus importantes déclarations récentes à ce sujet a été faite par le Parlement britannique. Son rapport est sorti il y a à peine quelques semaines, et je vous demanderais de vous prononcer sur certaines des déclarations qui figurent dans la conclusion. Si je vous fais cette demande, c'est que j'aimerais beaucoup connaître vos opinions là-dessus.

On peut lire ceci à la page 48 du rapport:

Nous avons passé beaucoup de temps à examiner les opinions très fermes et très sincères des témoins qui prônent l'euthanasie volontaire. Nous sommes nombreux à avoir eu des parents ou des amis dont les derniers jours ou les dernières semaines sont loin d'avoir été sereins ou encourageants ou dont les dernières étapes de la vie étaient si pénibles que la personne aimée semblait déjà perdue ou tout simplement lasse de vivre. Nos façons de voir sont inévitablement colorées par nos expériences personnelles. Les récits de telles expériences, que nous ont faits des citoyens, ont été particulièrement émouvants, tout comme les lettres de malades qui espèrent la mort. Notre façon de voir est également colorée par le désir de chacun d'une mort douce et calme, sans souffrances prolongées, et par notre hésitation à envisager la possibilité de la dépendance ou de la démence. Nous avons par ailleurs beaucoup réfléchi à l'opinion du professeur Dworkin selon laquelle, pour ceux qui n'ont pas de croyances religieuses, c'est l'individu qui est le mieux en mesure de décider quelle mort convient pour mettre fin à la vie qui a été vécue.

Nous ne croyons cependant pas que ces arguments constituent des raisons suffisantes pour affaiblir l'interdiction, dans notre société, de donner intentionnellement la mort. Cette interdiction est la pierre angulaire du droit et des

[Text]

impartially, embodying the belief that all are equal. We do not wish that protection to be diminished and we therefore recommend that there should be no change in the law to permit euthanasia. We acknowledge that there are individual cases in which euthanasia may be seen by some to be appropriate.

This is the part on which I would like your comment:

But individual cases cannot reasonably establish the foundation of a policy which would have such serious and widespread repercussions. Moreover dying is not only a personal or individual affair. The death of a person affects the lives of others, often in ways and to an extent which cannot be foreseen. We believe that the issue of euthanasia is one in which the interest of the individual cannot be separated from the interest of society as a whole.

They also say in their report:

One reason for this conclusion is that we do not think it possible to set secure limits on voluntary euthanasia. Some witnesses told us that to legalise voluntary euthanasia was a discrete step which need have no other consequences. But as we said in our introduction, issues of life and death do not lend themselves to clear definition, and without that it would not be possible to frame adequate safeguards against non-voluntary euthanasia if voluntary euthanasia were to be legalised. It would be next to impossible to ensure that all acts of euthanasia were truly voluntary, and that any liberalisation of the law was not abused.

I appreciate your tolerance in allowing me to put that statement before you. A number of questions arise from it.

Mr. Considine: I will address some of those comments and your questions, senator, during the course of reading those comments.

I point out that I am addressing the issue of assisted suicide. As I indicated when being questioned by the honourable senator who addressed me first, I draw a distinction between that and voluntary euthanasia.

In my view, if you allow physician-assisted suicide, you are not weakening the fabric of our society, or our respect for life. The reason for that is several-fold: First, we already have homicide divisions which, in the view of Madam Justice McLachlin, are sufficient. Second, if you adopt base principles of conditions, as suggested by Chief Justice Lamer, there are protections. Third, the systems we already have in place for palliative care and disconnection of life support systems are not being abused. There is not a disrespect for life when we use those systems, but rather a great respect for life. I see no difference between those and physician-assisted suicide.

[Traduction]

rapports sociaux. Elle protège chacun de nous de façon impartiale, enchâssant cette croyance que nous sommes tous égaux. Nous ne voulons pas que cette protection soit diminuée et nous recommandons par conséquent qu'aucun changement ne soit apporté à la loi visant à autoriser l'euthanasie. Nous reconnaissons qu'il y a des cas individuels où l'euthanasie pourrait être perçue par certains comme étant appropriée.

Et voici ce sur quoi j'aimerais connaître votre opinion:

Mais les cas individuels ne peuvent pas établir raisonnablement le fondement d'une politique qui aurait des répercussions aussi sérieuses et aussi répandues. Par ailleurs, mourir n'est pas seulement une affaire personnelle ou individuelle. La mort d'une personne affecte la vie des autres, souvent de façons et à un degré qu'il est impossible de prévoir. Nous pensons que la question de l'euthanasie en est une où l'intérêt de l'individu ne peut pas être séparé de l'intérêt de la société dans son ensemble.

Les parlementaires disent également dans leur rapport:

Une raison de cette conclusion est que nous ne pensons pas qu'il soit possible de définir des limites relativement à l'euthanasie volontaire. Certains témoins nous ont dit que la légalisation de l'euthanasie volontaire serait un pas discret ne devant déboucher sur rien d'autre. Mais, comme nous le disons dans notre introduction, les questions de vie et de mort ne se prêtent pas elles-mêmes à des définitions claires, et sans cela, il serait impossible de définir des garanties suffisantes contre l'euthanasie non volontaire si l'euthanasie volontaire était chose autorisée. Il serait quasi impossible de veiller à ce que tous les actes d'euthanasie, quels qu'ils soient, soient véritablement volontaires et à ce que toute libéralisation de la loi ne donne pas lieu à des abus.

J'apprécie la tolérance dont vous faites preuve en me laissant vous faire lecture de ces déclarations. Plusieurs questions en découlent.

M. Considine: Sénateur, je tenterai de répondre à certaines de ces observations et questions.

J'ai souligné que je m'intéresse ici à la question du suicide assisté. Comme je l'ai dit en réponse aux questions posées par l'honorable sénateur qui m'a interrogé en premier, je fais une distinction entre cela et l'euthanasie volontaire.

À mon avis, si vous autorisez le suicide médicalement assisté, vous ne portez atteinte ni au tissu de notre société ni au respect que nous devons à la vie. La raison en est multiple: tout d'abord, nous avons déjà des dispositions en matière d'homicide qui, de l'avis de Mme la juge McLachlin, sont suffisantes. Deuxièmement, si vous adoptez un ensemble de critères de base, comme l'a recommandé le juge en chef Lamer, cela offre certaines garanties. Troisièmement, les systèmes que nous avons en place en matière de soins palliatifs et de débranchement de systèmes de maintien en vie ne font pas l'objet d'abus. Il n'y a pas manque de respect pour la vie lorsqu'on utilise ces systèmes, mais, bien au contraire,

[Texte]

Senator Perrault: Of the 160 countries in the world today, with the exception of the Netherlands, why is doctor-assisted suicide not legally available? Do you have any thoughts as to why there seems to be a drawing back on the part of many countries from changing the law?

Mr. Considine: I think you will find that in the Third World there are no laws one way or the other. From my reading of Third World laws, they probably are much more liberal than we are in our western society.

We have a great respect for human life in our society, and therefore we carefully approach any changes in the law where concerns have been raised and make sure proper protections are in place.

My understanding is that the Netherlands has probably looked at this issue in more depth and had more experience with it than just about any other western country.

In the United States, they have 43 states, as I understand, which prohibit physician-assisted suicide. In the other states, the laws are generally homicide laws.

We, as a western society, are now coming to grips with how we approach terminal illness. Our approaches to terminal illness were not even talked about in our society five years ago, except behind closed doors. We talked about it with our family members. Perhaps you talked with your sister. My grandmother had ALS, so I know what she went through. It is a terrible condition. These things may have been talked about privately.

Fifteen years ago, men probably were not at the bedside of their wives when their children were born. Now we talk about birth and all sorts of issues relating to birth.

On the other side, we have talked about death in the last few years, and we are going to talk about it more and more as we all approach it, as we come to terms with the medical technology and what options should be available.

As a committee, you are a forerunner looking at the issue, and, depending on what recommendations you make, they may be the forerunner of how we should govern ourselves and how we can help the terminally ill in years to come.

Senator Keon: Mr. Considine, I very much enjoyed your presentation which was delivered clearly and succinctly.

In your brief, you twice touch on the very important subject which is now being raised again and again, and that is the question of patients or individuals believing that it is their right to determine how and when they die.

This is a most interesting field for somebody who has spent his life in medicine, in high-tech medicine particularly, because we usually look on the determination of the time of death as being related to circumstances: there are accidental deaths and nonaccidental deaths. However, even in nonaccidental deaths, we believe the timing is as a result of a number of circumstances. In fact, in medicine we have traditionally thought it a failure of medicine

[Translation]

un grand respect de la vie. Je ne vois aucune différence entre eux et le suicide médicalement assisté.

Le sénateur Perrault: Pourquoi le suicide médicalement assisté n'est-il aujourd'hui autorisé par la loi dans aucun des 160 pays du monde, à l'exception des Pays-Bas? Avez-vous des idées sur les raisons pour lesquelles nombre de pays semblent battre en retraite quant à la modification de la loi?

M. Considine: Je pense que vous constaterez que dans les pays du tiers monde, il n'y a aucune loi, ni dans un sens ni dans l'autre. Et selon mon interprétation des lois qui existent dans le tiers monde, celles-ci sont beaucoup plus libérales que celles dont nous nous sommes dotés dans notre monde occidental.

Nous avons un grand respect pour la vie humaine dans notre société et nous sommes donc très prudents dans les changements législatifs que nous envisageons lorsque des questions se posent, et nous tâchons toujours de mettre en place des garanties.

D'après les renseignements dont je dispose, les Pays-Bas se sont sans doute davantage penchés sur cette question et ont dans ce domaine plus d'expérience que tout autre pays occidental.

Aux États-Unis, si j'ai bien compris, 43 États interdisent le suicide médicalement assisté. Dans d'autres États, il s'agira principalement de lois en matière d'homicide.

Nous autres Canadiens, en tant que société occidentale, réfléchissons à la façon d'aborder les maladies en phase terminale. Il y a cinq ans, l'on n'en parlait jamais, sauf en privé. On en discutait avec des parents. Vous en avez peut-être parlé avec votre soeur. Ma grand-mère a souffert de la maladie de Charcot, et je sais donc ce qu'elle a subi. C'est une horrible maladie. On parlait peut-être de ces choses en privé.

Il y a 15 ans, les hommes n'étaient pas au chevet de leurs femmes lorsque naissaient leurs enfants. Aujourd'hui, l'on parle de l'accouchement et de toutes sortes de questions connexes.

D'un autre côté, on parle de la mort depuis quelques années, et l'on va en parler de plus en plus au fur et à mesure que l'on s'en approche, que l'on apprivoisera la terminologie médicale et que l'on se penchera sur les options envisageables.

En tant que comité, vous êtes les précurseurs, et selon les recommandations que vous ferez, vous nous aiderez peut-être à déterminer la façon de nous gouverner et d'aider, dans les années à venir, les malades en phase terminale.

Le sénateur Keon: Monsieur Considine, j'ai beaucoup aimé votre exposé, qui a été présenté d'une façon claire et succincte.

Vous avez deux fois évoqué une question très importante, qui ne cesse d'être soulevée: celle du fait que des patients ou des personnes pensent qu'il est de leur droit de déterminer quand et comment la mort va leur venir.

Il s'agit d'un domaine particulièrement intéressant pour quelqu'un comme moi qui a consacré sa vie à la médecine, la médecine de pointe plus particulièrement, car nous pensons que le moment de la mort est le fait de circonstances: il y a des morts accidentelles et des morts non accidentelles. Cependant, même dans le cas de morts non accidentelles, nous pensons que le moment où la mort intervient résulte de plusieurs facteurs.

[Text]

and medical science when premature death occurs because we were unable to control the circumstances.

I have spent my life in a field of changing technology. I have repeatedly had the experience of patients pleading with health care professionals to let them go when they were suffering a great deal. Yet, they would frequently live through the illness and go on to enjoy a good life.

The case of Sue Rodriguez is something totally different because, currently, there is no cure for ALS. There does not appear to be a breakthrough in sight that will dramatically change this, but of course there is always that possibility in the background.

The single point I am trying to focus on is the right of individuals to determine how and when they die, and whether, particularly in medicine, we are overstepping the bounds when we interfere with that, because patients do change their minds on a day-to-day basis.

Mr. Considine: Yes. First of all, I think patient choice is extremely important. At the end of the day, as long as they are properly informed and competent, it is the patient who should be able to dictate, to a reasonable extent, their medical treatment and enforce their progress, especially when they are terminally ill.

We already recognize patient choice with respect to the cessation of life when a patient states that he wishes to be disconnected from life support systems or that he does not wish to have life support systems applied. Those are conscious choices made by the patient when the patient is competent and after the options have been explained by physicians. We already do it.

We also do it to some extent with palliative care. We recognize that the principle of palliative care is to relieve the mental and physical suffering. We also recognize that a secondary effect may be the hastening of death.

If we recognize that the patient may have the choice with respect to those particular options, then, considering a patient who is in very similar circumstances in the sense of being terminally ill, who is competent, who has had all the options explained to him and the physician is satisfied he understands those options, surely that patient also ought to be able to have physician-assisted suicide as another option of dealing with the final stages of disease.

The Chairman: Mr. Considine, thank you very much for your presentation this morning. You raised a number of questions and problems that face the committee that we will have to discuss and consider over and over again.

Mr. Considine: I wish you well in your deliberations. I think you are undertaking a study of a very important subject. Thank you.

[Traduction]

D'ailleurs, en médecine, nous avons traditionnellement interprété la mort comme étant un échec de la médecine et de la science médicale lorsque nous ne sommes pas parvenus à contrôler les circonstances.

J'ai passé ma vie à oeuvrer dans un domaine où la technologie ne cesse d'évoluer. J'ai maintes fois été témoin de patients qui suppliaient les professionnels des soins de santé de les laisser mourir lorsqu'ils souffraient beaucoup. Or, souvent, ils se remettaient de leur maladie et connaissaient de nouveau de beaux jours.

Le cas de Sue Rodriguez est tout à fait différent car la maladie de Charcot est incurable. Aucun remède susceptible de changer cela ne pointe à l'horizon, mais cette possibilité existe bien sûr à chaque instant.

Ce dont j'aimerais discuter particulièrement est la question du droit d'une personne de déterminer comment et quand elle mourra et celle de savoir si, en médecine plus particulièrement, l'on ne dépasse pas les bornes lorsqu'on s'immisce là-dedans, car les patients changent d'avis de jour en jour.

M. Considine: Tout d'abord, je pense que le choix des patients est extrêmement important. Au bout du compte, tant et aussi longtemps qu'un patient est habile et bien informé, c'est lui qui devrait pouvoir déterminer, dans une mesure raisonnable, le traitement médical qu'il est prêt à subir et jusqu'où, surtout lorsqu'il souffre d'une maladie incurable.

Nous reconnaissons déjà le choix des patients relativement à l'interruption de la vie lorsqu'un patient dit qu'il veut qu'on le débranche des systèmes de maintien en vie ou qu'il refuse dès le départ d'y être branché. Ce sont là des choix conscients faits par le patient en possession de ses facultés une fois que les médecins lui ont expliqué les différentes possibilités. Cela se fait déjà.

Cela se fait également jusqu'à un certain point dans le cas des soins palliatifs. Nous reconnaissons que le principe des soins palliatifs est d'apaiser la douleur mentale et physique. Nous reconnaissons également que ces soins peuvent avoir comme effet secondaire de hâter la mort.

Si nous reconnaissons que le patient peut avoir le choix relativement à ces options, alors le patient qui se trouve dans des circonstances semblables, c'est-à-dire qui est atteint d'une maladie incurable, qui est habile, et qui s'est fait expliquer toutes les possibilités par le médecin et dont le médecin est satisfait qu'il les a bien comprises, devrait clairement avoir le droit de recourir au suicide médicalement assisté dans les étapes finales de sa maladie.

La présidente: Monsieur Considine, merci beaucoup de votre exposé de ce matin. Vous avez soulevé un grand nombre des questions et des problèmes dont le comité aura à discuter dans les semaines à venir.

M. Considine: Je vous souhaite bonne chance dans vos délibérations. Je pense que vous étudiez une question fort importante. Merci.

[Texte]

The Chairman: Our next witnesses are representatives of the Canadian Physicians for Life.

Dr. H. Robert C. Pankratz, President, Canadian Physicians for Life: Thank you for inviting us to appear before you, and for coming all this way to hear our representations.

Canadian Physicians for Life is a Canada-wide organization of physicians who are committed to maintaining respect for the dignity and inherent goodness of human life at all stages. CPL's membership encompasses all specialties and areas of practice, and includes academics as well as practitioners. Current membership is approximately 3,000.

Allow me to introduce myself and the other representatives with me today. I am a family physician from Clearbrook, British Columbia, President of Canadian Physicians for Life, and Assistant Director of the Palliative Care Program at Matsqui, Sumas, Abbotsford Hospital in Abbotsford. With me is Mr. Iain Benson, a lawyer, lecturer, and writer who practises in the area of constitutional and administrative law. He has also worked in the area of law and medicine. Dr. Jim Lane is a family practitioner from Port Coquitlam, and a prominent member of the British Columbia Medical Association and Canadian Medical Association. Dr. Will Johnston is a family practitioner from Vancouver, British Columbia.

We should like to start with a brief summary by Mr. Iain Benson.

Mr. Iain T. Benson, Legal Advisor, Canadian Physicians for Life: Thank you very much, senators. Our brief entitled "The Person in Community," starts off with two general statements which we believe are important for you to be aware of in the context of the current debate regarding euthanasia.

The first point is the nature of the ethical discussion that is currently framed within Canada; and we mention the writings of some philosophers on this point. The language of values, while it has a certain validity, has a high degree of ambiguity.

We speak of values in two ways. There are personal values: you have your values; and I have mine. There are also "community" values or "fundamental" values which we do not really mean in a purely subjective sense.

Because of the ambiguous use of values language, it has been criticized by some writers as an obscuring language which confuses ethical discussion rather than enhances it. We point that out in our brief. There is obviously no time to go into it in any detail here, but I would commend that to you as you consider this very important issue in our society.

The second point relates to that with specific reference to medical and legal applications, and the lack of rigorous grounding in philosophy that occurs in those areas. Former Justice of the Supreme Court of Canada, the Honourable Mr. Justice Willard Estey, made the comment that we are looking to the judges of the Supreme Court to answer questions that they, in many cases, are simply not trained to deal with. Given that insecurity related to

[Translation]

La présidente: Les témoins suivants représentent la *Canadian Physicians for Life*.

Le docteur H. Robert C. Pankratz, président, Canadian Physicians for Life: Merci de nous avoir invités à comparaître devant vous et d'être venus jusqu'ici nous entendre.

Canadian Physicians for Life est une organisation nationale regroupant des médecins désireux de maintenir le respect de la dignité et de la qualité inhérente de la vie humaine à tous les stades. Sont représentés parmi nos membres toutes les spécialisations ainsi que les praticiens et les chercheurs. La CPL regroupe quelque 3 000 membres.

Permettez-moi de me présenter à vous et de vous présenter les personnes qui m'ont accompagné. Je suis médecin de famille à Clearbrook, en Colombie-Britannique, président de la *Canadian Physicians for Life* et directeur adjoint du Programme de soins palliatifs à Matsqui, Sumas, hôpital d'Abbotsford, à Abbotsford. M'accompagnent aujourd'hui M. Iain Benson, avocat, conférencier et écrivain spécialisé dans le domaine du droit constitutionnel et administratif. Il a également œuvré dans le domaine du droit et de la médecine. Le docteur Jim Lane est médecin de famille à Port Coquitlam, et membre très actif de la *British Columbia Medical Association* et de l'Association médicale canadienne. Le docteur Will Johnston est médecin de famille à Vancouver, en Colombie-Britannique.

Nous aimerions commencer par un bref résumé, que vous fera M. Iain Benson.

M. Iain T. Benson, conseiller juridique, Canadian Physicians for Life: Merci beaucoup, mesdames et messieurs les sénateurs. Notre mémoire, intitulé *The Person in Community*, commence en soulignant deux déclarations d'ordre général dont il serait bon que vous teniez compte dans le contexte de l'actuel débat entourant l'euthanasie.

Le premier point est la nature de la discussion éthique qui se déroule ici au Canada, et nous mentionnons les écrits de certains philosophes. Le langage des valeurs, bien qu'il ait une certaine validité, comporte en même temps énormément d'ambiguïté.

L'on parle de valeurs de deux façons. Il existe des valeurs personnelles: vous avez les vôtres, et j'ai les miennes. Il existe également des valeurs «communautaires» ou «fondamentales», que nous n'entendons pas dans un sens purement subjectif.

Étant donné l'utilisation ambiguë du langage des valeurs, celui-ci a été critiqué par certains qui lui reprochent d'obscurcir et de confondre la discussion éthique au lieu de l'enrichir. Nous faisons ressortir cela dans notre mémoire. Nous n'avons bien sûr pas le temps d'en faire un examen détaillé ici, mais je vous inviterais à garder cela à l'esprit dans votre étude de cette question éminemment importante pour notre société.

Le deuxième point concerne les applications médicales et juridiques et l'absence de fondement philosophique rigoureux en la matière. L'honorable Willard Estey, autrefois juge à la Cour suprême du Canada, a déclaré que nous nous tournons vers les juges de la Cour suprême pour des questions auxquelles ceux-ci ne sont, dans bien des cas, pas habilités à répondre. Étant donné cette incertitude quant aux connaissances, vous discutez d'une

[Text]

knowledge, you are discussing and debating an issue of fundamental philosophical and moral importance at a time when the structures in Canadian society may not be oriented very well to dealing with those points.

From those two general statements, we move to specific aspects concerning euthanasia, and I will mention those as categories before selecting a few key points I wish to bring to your attention.

In the section of our brief dealing with the key points, first, we refer to the fact that a botched suicide does not provide a justification for allowing euthanasia. Often the very real traumatic situations regarding botched suicides are raised as a graphic example of the need to legalize euthanasia. In our submission that is an erroneous argument for reasons that I will go into later.

Second, there is the inability to control euthanasia if it is legalized. Senator Perrault read a passage from the House of Lords Select Committee where that was one of the key conclusions they reached.

We next considered ethics and the position of Sue Rodriguez. We also considered the general question of whether the wishes of the autonomous self should drive law reform.

We then looked at the importance of the distinction between withdrawing treatment on the one hand and euthanasia and assisted suicide on the other. It is most important to recognize that neither ethically nor in good medical practice is there a requirement to maintain extraordinary burdensome or unnecessary treatment. In fact, we would submit that some of the concern in the general populace that leads to a ready acceptance of euthanasia is in fact a misunderstanding based on a fear that people may be subjected to medical technology from which they cannot be freed. We think it is important for this committee to make a distinction between the proper framework of medical practice and an inappropriate use of medical technology.

Penultimately, we consider the point that the legalization of euthanasia would conflict with the good of palliative care, and there we refer to the Netherlands experience and point out that, there, palliative care is virtually nonexistent.

We then touch on the point to do with the manipulation of language and improper questioning in polls.

As to my specific points, I would say that suicide requests, when they come, are almost always at an early stage of an illness. When fear is alleviated, the literature and much experience points out that requests for suicide almost always cease.

Later this week you will be hearing from Dr. David Kuhl, the head of St. Paul's Hospital Palliative Care Program. That is the unit in Canada most experienced with the terminal care of AIDS patients. Speaking with Dr. Kuhl at a medical ethical conference last week, he confirmed that, once fear is alleviated by proper palliative care, requests for suicide assistance cease. This is key because it shows that resort to assisted suicide or euthanasia is, in fact, due to a failure of proper care. I will argue later that it is due

[Traduction]

question d'une importance philosophique et morale fondamentale à un moment où les structures de la société canadienne ne s'y prêtent peut-être pas très bien.

Cela étant dit, passons maintenant à certains aspects particuliers de l'euthanasie, et je vais justement évoquer certaines catégories avant de m'attarder sur plusieurs points clés.

Dans la partie de notre mémoire traitant des points clés, nous parlons du fait qu'un suicide raté ne justifie pas l'autorisation de recourir à l'euthanasie. Souvent, l'on cite les situations traumatisantes de suicides ratés dans le but d'illustrer graphiquement la nécessité de légaliser l'euthanasie. Il s'agit là selon nous d'un argument erroné, ce que j'expliquerai un petit peu plus tard.

Deuxièmement, il y a l'incapacité de contrôler l'euthanasie si cette pratique est légalisée. Le sénateur Perrault a lu un passage du rapport du comité spécial de la Chambre des Lords, où l'une des conclusions clés dit la même chose.

Nous nous penchons ensuite sur les aspects éthiques et sur la position de Sue Rodriguez. Nous examinons également la question générale de savoir si les désirs du moi autonome devraient être le moteur de la réforme législative.

Nous réfléchissons ensuite à l'importance de la distinction à faire entre, d'une part, l'interruption des soins et, d'autre part, l'euthanasie et le suicide assisté. Il est très important de reconnaître qu'il n'y a pas d'exigence, ni éthique, ni dans la pratique médicale, voulant le maintien extraordinaire de traitements inutiles ou pénibles. En fait, nous pensons que certaines des craintes de la population générale qui ont amené une acceptation plus enthousiaste de l'euthanasie s'appuient sur des malentendus fondés sur la crainte que les malades soient assujettis à des technologies médicales dont ils ne pourraient pas se libérer. Nous pensons qu'il est important pour le comité de faire une distinction entre l'application d'un bon cadre de pratiques médicales et le recours mal avisé à certaines techniques médicales.

Enfin, nous pensons que la légalisation de l'euthanasie ira à l'encontre des objectifs louables des soins palliatifs et nous renvoyons le lecteur à l'expérience des Pays-Bas, soulignant que là-bas, les soins palliatifs sont quasi inexistantes.

Nous traitons ensuite de la manipulation du langage et de la mauvaise formulation des questions lors de sondages.

Pour reprendre les points que je viens de souligner, je dirais que les demandes de suicide, lorsqu'il y en a, viennent presque toujours dans les étapes initiales d'une maladie. Une fois les craintes des malades apaisées, la documentation disponible et mon expérience font ressortir que les demandes de suicide cessent presque toujours.

Plus tard cette semaine, vous allez entendre le docteur David Kuhl, chef du Programme de soins palliatifs de l'hôpital St. Paul. Il s'agit là de l'unité canadienne qui a le plus d'expérience en matière de soins terminaux pour les personnes atteintes du sida. J'ai discuté de toute cette question avec le docteur Kuhl à l'occasion d'une conférence sur la déontologie médicale la semaine dernière, et il m'a confirmé qu'une fois les craintes apaisées par de bons soins palliatifs, les demandes de suicide

[Texte]

to a failure of an ethic of care and compassion of society as a whole.

Moving on to my next point, the Charter is premised on notions of fundamental rights and freedoms. Those are fundamental. They are shared. Our joint search is to articulate the grounding of fundamental notions in society in order to determine what ought to be the law. We judge our laws themselves against fundamental notions, not merely personal whims and wills.

In our brief, at page 16, we refer to a passage from *Our Criminal Law*, which was written by the Law Reform Commission of Canada. They stated:

... the criminal law is fundamentally a moral system. It may be crude, it may have faults, it may be rough and ready, but basically it is a system of applied morality and justice. It serves to underline those values necessary, or else important, to society. When acts occur that seriously transgress essential values, like the sanctity of life, society must speak out and reaffirm those values. This is the true role of criminal law.

The corresponding aspect of the law as rooted in a moral system that recognizes the fundamental nature of certain things is that the law sets out the limits of human action. Choice and choosing are good things, but what we chose is key whether the choices are valid or invalid, legal or illegal. In all sorts of areas, what a person wants may not be equal to what the law ought to allow. We must first evaluate the nature of the thing that people want.

The fact that at this time certain people seek euthanasia or assisted suicide must be evaluated on the basis of all the issues and not simply allowed just because some people seek it. We do not recognize that it is valid, generally, for us to take the law into our own hands.

The title of our brief, "The Person in Community," raises some key aspects. We are not without friends, neighbours, or family. If we are without them, we recognize that something is amiss. Robert Bellah and the other authors of the influential book *Habits of the Heart* have pointed out that our problems today are not just political; they are moral, and they have to do with the meaning of life.

The brief, as mentioned earlier, refers to the lack of necessary philosophical training in law and medicine in Canada. The fact of inadequate philosophy as it relates to criminal law has already been noted by the Law Reform Commission of Canada in 1976. Under the heading "Inadequate Philosophy," they stated that we have to learn just what we human beings really are.

[Translation]

assisté cessent. Il est très important de souligner ce fait, car cela montre bien que le recours au suicide assisté ou à l'euthanasie est en fait imputable à une absence de bons soins. J'arguerai plus tard que cela s'explique par un échec de l'éthique des soins et par un manque de compassion de la part de la société dans son ensemble.

Pour passer maintenant au point suivant, la Charte s'appuie sur des notions de libertés et de droits fondamentaux, qui appartiennent à chacun. Notre recherche commune vise à articuler le fondement des notions fondamentales sur lesquelles repose la société, en vue de déterminer ce qui devrait être enchâssé dans la loi. Nous jugeons de nos lois elles-mêmes par rapport à des notions fondamentales et pas tout simplement en fonction de lubies et de désirs individuels.

Nous renvoyons, à la page 16 de notre mémoire, à un passage tiré de *Notre droit pénal*, rédigé par la Commission de réforme du droit du Canada. On peut y lire ce qui suit:

[...] le droit pénal est fondamentalement un système moral. Il est peut-être rudimentaire, il comporte peut-être des défauts, il est peut-être un peu improvisé, mais il s'agit essentiellement d'un système de moralité et de justice appliquées. Il sert à souligner les valeurs qui sont nécessaires ou en tout cas importantes pour la société. Lorsque sont commis des actes qui transgressent sérieusement les valeurs essentielles, comme le caractère sacré de la vie, la société doit se prononcer et réaffirmer ses valeurs. Voilà quel est le véritable rôle du droit criminel.

L'aspect correspondant de la loi telle qu'elle existe dans un système moral qui reconnaît la nature fondamentale de certaines choses est que la loi établit les limites de l'action humaine. Le choix et la possibilité de choisir sont de bonnes choses, mais c'est ce que nous choisissons qui importe, que ces choix soient valides ou invalides, légaux ou illégaux. Dans quantité de domaines, ce que désire une personne ne correspond peut-être pas à ce que la loi devrait permettre. Il nous faut d'abord évaluer la nature de la chose que veulent les gens.

Le fait qu'en ce moment certains demandent l'euthanasie ou le suicide assisté doit être évalué dans le contexte de toutes ces questions et ne doit pas être autorisé tout simplement parce que certains en font la demande. De façon générale, l'on n'accepte pas que des citoyens fassent eux-mêmes la loi.

Le titre de notre mémoire, *The Person in Community*, soulève certains aspects clés. Nous ne sommes pas sans amis, sans voisins, sans famille. Si nous n'avons ni amis, ni voisins, ni parents, nous savons qu'il y a un problème. Robert Bellah et les autres auteurs de ce livre très marquant intitulé *Habits of the Heart* ont fait ressortir que les problèmes d'aujourd'hui ne sont pas uniquement politiques; ils sont moraux, ils ont à voir avec le sens de la vie.

Comme je l'ai déjà dit, notre mémoire fait état de l'absence de formation négative en philosophie dans le cadre des programmes de droit et de médecine au Canada. L'absence d'apprentissage philosophique dans le cadre de l'étude du droit pénal avait déjà été relevée par la Commission de réforme du droit en 1976. Les auteurs déclarent sous la rubrique «Philosophie insuffisante» qu'il

[Text]

I now want to go from these general principle statements to a, frankly, quite personal experience. You are hearing graphic stories on one side, and I am of the view that these are important for you to hear. A month ago I sat at the bedside of a very dear friend of mine who was 39 years old and dying of cancer. Two months before she died, she asked her husband to help her commit suicide. He refused. Three days before she died she had what can only be described as an extraordinary reconciliation with her family. This would not have happened had the suicide request been granted.

We would ask you to refuse the invitation to allow euthanasia or assisted suicide simply because it is better to endorse a holistic model of community rather than an isolated notion of the autonomous self. We are of the view that hope and meaning can be found in death through palliative care rather than the despair and alienation of bringing suicide into the story of what it is to be Canadian. We want you to endorse an ethic of caring, not an ethic of killing.

In short, Section 241 should not be changed. Any change that does occur must maintain the important symbolic restrictions which are one aspect of valid law. The law already allows for valid withdrawals of unnecessary, burdensome, or extraordinary treatment, as you know with case of Nancy B. and others. Thank you very much.

Dr. Pankratz: Dr. Lane would like to make a personal comment.

Dr. Jim Lane, Family Physician: Ladies and gentlemen, I am pleased to speak to the Senate hearing today on this very important topic of euthanasia and physician-assisted suicide.

I am a physician who has been involved as a leader of the medical profession over the last several years. I have been on the board and the executive of the British Columbia Medical Association for the last six years, and I have had the opportunity to be involved in the debate on euthanasia this past year in Montreal and the previous year in Calgary.

I am here today also as a family physician who has been in practise for the last 19 years, caring for patients from birth to natural death. I have had the opportunity and the privilege of caring for a large number of patients in the final weeks and days of their lives. As well, I have helped to care for their families throughout these stages.

I have been involved in self-education courses on the topic of palliative care and in giving talks to interns at the Royal Columbia Hospital on the proper use of medication for palliative care.

I am not here today representing the BCMA or the CMA. However, I do understand and appreciate many of the concerns that were expressed by the doctors in Calgary and in Montreal

[Traduction]

nous faut apprendre qui nous sommes véritablement en tant qu'êtres humains.

J'aimerais maintenant passer de ces énoncés de principe généraux à une expérience franchement personnelle. Les partisans de l'autre camp vous ont fait des récits très chargés, et je suis de ceux qui pensent qu'il est important que vous les entendiez. Il y a un mois, j'étais au chevet d'une très chère amie à moi, âgée de 39 ans, qui mourait du cancer. Deux mois avant sa mort, elle avait demandé à son époux de l'aider à se suicider. Il avait refusé. Trois jours avant sa mort, elle a vécu ce que l'on ne pourrait appeler qu'une réconciliation extraordinaire avec sa famille. Cette réconciliation n'aurait jamais eu lieu si son vœu de suicide avait été exaucé.

Nous vous demandons de refuser l'invitation à autoriser l'euthanasie ou le suicide assisté tout simplement parce qu'il est préférable d'endosser un modèle holistique de la communauté plutôt qu'une notion isolée du moi autonome. Nous croyons que l'espoir et le sens que peut prendre la mort dans un contexte de soins palliatifs sont préférables au désespoir et à l'aliénation que sème le suicide dans l'histoire de ce que c'est que d'être Canadien. Nous aimerions vous voir endosser une éthique de compassion plutôt qu'une éthique de tuerie.

En bref, l'article 241 ne devrait pas être modifié. Tout changement qui survient doit maintenir les restrictions symboliques importantes qui sont un aspect de toute loi valide. La loi autorise déjà l'interruption de traitements inutiles, pénibles ou extraordinaires, comme nous l'ont montré le cas de Nancy B. et d'autres. Merci beaucoup.

Le docteur Pankratz: Le docteur Lane aimerait faire quelques observations personnelles.

Le docteur Jim Lane, médecin de famille: Mesdames et messieurs, je suis très heureux de prendre la parole aujourd'hui devant le comité sénatorial pour l'entretenir de cette question très importante qu'est celle de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté.

Je suis médecin et je suis leader depuis plusieurs années au sein de la profession médicale. Je siège au conseil et à l'exécutif de la *British Columbia Medical Association* depuis six ans et j'ai eu l'occasion de participer à un débat sur l'euthanasie cette année à Montréal et l'année d'avant à Calgary.

Je comparais également devant vous aujourd'hui en tant que médecin de famille qui exerce depuis 19 ans, s'occupant de ses patients de leur naissance jusqu'à leur mort naturelle. J'ai eu l'occasion et le privilège de soigner un grand nombre de patients dans les dernières semaines et les derniers jours de leur vie. Je me suis également occupé de leurs familles pendant ces périodes.

Je me suis occupé de cours d'intérêt général sur les soins palliatifs et j'ai donné à des internes au *Royal Columbia Hospital* des conférences sur le bon usage de médicaments dans le cadre de soins palliatifs.

Aujourd'hui, je ne représente ni la BCMA, ni l'Association médicale canadienne. Je comprends néanmoins nombre des préoccupations exprimées par les médecins à Calgary et à

[Texte]

when they made their decision not to support euthanasia. I point out that these doctors, as was mentioned this morning, were small in number, but they are the leaders of the medical profession of our country. Some of the doctors who voted against it spoke to me and said they were not speaking against or in favour of euthanasia but were simply saying that they thought the CMA should stay neutral on the issue.

I am aware of what legislation would mean to my profession and the expectations that would be placed on my profession if legalization of this act occurs.

Although there has been increased media exposure on the issue of euthanasia, there still seems to be much confusion and misunderstanding over the definition of "euthanasia." For many people in the community, euthanasia simply means preventing doctors from keeping them alive on respirators or some other way of performing heroic acts. Many do not understand that euthanasia is a deliberate act with the intent of killing the patient.

Despite this confusion in terminology, polls and surveys are being conducted regarding this issue. It is difficult to have an informed public debate when there is confusion over terminology. I appreciate that this Senate committee is trying to define and investigate this issue.

It is my hope that Members of Parliament will vote in the House of Commons only after they have studied all the facts and understand the enormous and far-reaching implications euthanasia would have on our society. As this is an ethical issue, it should not be determined by polls or by the press, with its power to sway opinions.

We, as doctors, are very privileged to have entrusted to us the concerns, the care, and the words of our patients. We realize how fragile this trust is, and how easily it can be undermined when we are not doing what is in the best interests of our patients. Euthanasia jeopardizes the doctor-patient trust relationship.

The Netherlands has demonstrated this lesson well. Elderly patients are afraid to go to their doctors or to hospitals for normal medical care. They are afraid of the system and what the implications are for their lives because of the acceptance of euthanasia in their country. Patients must know that doctors are there to help them, not hurt them.

Proponents of euthanasia say that controls and safeguards can be implemented. Again, the experience of the Netherlands has shown these to be unrealistic and difficult to monitor or enforce. The legal requirements in the Netherlands, such as consultation with another doctor and the need for persistent and enduring requests by the patients, were not generally followed. A study in the Netherlands demonstrated that 59 per cent of patients requesting euthanasia were euthanized within 24 hours, and 11 per cent were euthanized within an hour. Is this really "persistent and enduring requests"?

[Translation]

Montréal lorsque ceux-ci ont décidé de ne pas appuyer l'euthanasie. Je m'empresse de souligner que ces médecins, comme cela a été mentionné ce matin, n'étaient peut-être pas très nombreux, mais qu'ils sont les leaders de la profession médicale de leur pays. Certains des médecins qui s'y sont opposés sont venus me voir et m'ont dit qu'ils ne parlaient ni en faveur de l'euthanasie, ni contre, mais qu'ils voulaient tout simplement dire que l'Association médicale canadienne devrait selon eux demeurer neutre.

Je suis sensible à ce qu'une loi supposerait pour ma profession et aux attentes que celle-ci lui imposerait si les actes dont on parle étaient légalisés.

Même si les médias parlent davantage de l'euthanasie, il semble que la définition de ce qu'est l'«euthanasie» occasionne toujours beaucoup de confusion et de malentendus. Pour nombre de personnes, l'euthanasie signifie tout simplement empêcher les médecins de maintenir un patient en vie grâce à un respirateur ou au recours des actes héroïques. Les gens sont nombreux à ne pas comprendre que l'euthanasie est un acte délibéré dont le but est de tuer le patient.

En dépit de cette confusion dans la terminologie, l'on ne cesse de mener des sondages et des enquêtes sur la question. Il est difficile d'avoir un débat public éclairé lorsque règne une telle confusion sur le plan terminologique. J'apprécie que le comité sénatorial s'efforce de définir les questions et d'approfondir son enquête.

J'espère que les députés de la Chambre ne voteront qu'une fois qu'ils auront pu examiner tous les faits et compris les conséquences énormes et très étendues que l'euthanasie aurait sur notre société. Étant donné qu'il s'agit ici d'une question d'ordre éthique, son sort ne devrait être déterminé ni par des sondages ni par la presse, étant donné le pouvoir de celle-ci de façonner les opinions.

Nous, médecins, avons le grand privilège de nous faire confier les préoccupations et les paroles de nos patients et les soins à leur donner. Nous savons à quel point cette confiance est fragile et combien il est facile de la miner lorsqu'on ne fait pas ce qui est dans l'intérêt de nos patients. L'euthanasie menace ces rapports de confiance entre le médecin et ses patients.

Les Pays-Bas nous donnent la preuve de ce que je viens de dire. En effet, les personnes âgées ont peur d'aller consulter leur médecin ou de se rendre à l'hôpital pour des soins médicaux normaux. Ils ont peur du système et de ce que celui-ci suppose pour leur vie par suite de l'acceptation chez eux de l'euthanasie. Les patients doivent savoir que les médecins sont là pour les aider et non pas pour leur nuire.

Les défenseurs de l'euthanasie disent que l'on peut mettre en place des mécanismes de contrôle et des garanties. Encore une fois, l'expérience des Pays-Bas nous montre que c'est là chose difficile et peu réaliste. Les exigences juridiques des Pays-Bas, comme par exemple la consultation d'un autre médecin et la nécessité qu'il y ait eu des demandes persistantes et répétées de la part des patients, n'ont en règle générale pas été observées. Une étude réalisée aux Pays-Bas a fait ressortir que 59 p. 100 des patients demandant l'euthanasie ont vu leur demande exécutée dans les 24 heures et 11 p. 100 dans l'heure. Peut-on vraiment parler dans de tels cas de «demandes persistantes et répétées»?

[Text]

I believe that every safeguard that could be created has weaknesses and is open to failure. We know that what doctors do and say to patients is done behind closed doors and is between the doctor and the patient. In the case of euthanasia, the only witness that could testify that safeguards were or were not followed would be dead. The other witness to the safeguards would be unlikely to testify against him or herself. Legislative safeguards of physician-assisted suicide protects the doctor against prosecution, not the patient or the public. I believe that it is my duty as a physician, and a duty of my profession, to tell the public how difficult it would be to monitor and police any safeguards.

An important point that I feel the public must be aware of is the economic conflict of interest that the medical profession is involved in when it comes to euthanasia. The BCMA is involved in negotiating for funds, and we are living under a capped budget. If we overrun this budget, the excess dollars come out of the pockets of the physicians of British Columbia. This pro-ration model is the same model used in most provinces in our country. If euthanasia were legalized and it could be demonstrated that euthanizing patients would save money for the system, then the medical profession would find itself in a conflict of interest between patient care and pro rationing.

The B.C. Royal Commission on Health Care and Cost has as its terms of reference the costs of health care and how to curtail these costs. The past Minister of Health of British Columbia stated that the most expensive time in a patient's life is the last months. Given that the Royal Commission recommended that euthanasia should be legalized, is it not logical to extrapolate, given their terms of reference, that their recommendation is based on cost containment?

If killing a patient is wise economically, you have a conflict of interest between good patient care and economic budgeting. Many feel that this would not happen, but a survey of students of economics at the Netherlands universities shows that the majority supported euthanasia being considered for economic reasons. I find this frightening.

Those in favour of assisted suicide emphasize an individual's right to control his or her right to die. However, the studies done by Dr. Kubler-Ross show that depression is one of the stages a person often goes through during the dying process. If euthanasia were practised at this stage, neither the patient nor the family would have the opportunity to work through the stages of dying to a peaceful acceptance of death.

The effect on others of an individual act of suicide must be considered, and the increased suicide risk in family members where suicide has occurred is a well-documented statistic.

[Traduction]

Je pense que toute garantie quelle qu'elle soit comporte des failles et des risques d'échec. Nous savons que ce que font et disent les médecins aux patients se déroule dans le privé et ne concerne que le médecin et son patient. Dans le cas de l'euthanasie, les seuls témoins en mesure de se prononcer sur le respect des garanties seraient morts. L'autre témoin ne porterait jamais d'accusations contre lui-même. Les garanties législatives en ce qui concerne les suicides médicalement assistés protègent le médecin contre d'éventuelles poursuites mais ne protègent ni le patient ni le public. Je pense qu'il est de mon devoir en tant que médecin, en tant que membre de ma profession, d'expliquer au public à quel point il serait difficile de surveiller et de contrôler le respect des garanties ou des mesures de précaution.

Un aspect important auquel le public devrait, je pense, être sensibilisé est celui de la situation de conflit d'intérêt économique dans lequel se trouve la profession médicale relativement à l'euthanasie. La BCMA négocie pour obtenir les fonds dont elle a besoin et son budget est plafonné. Si nous dépassons notre budget, l'argent supplémentaire nécessaire doit sortir de la poche des médecins de la Colombie-Britannique. Ce même modèle est utilisé dans la plupart des provinces du pays. Si l'euthanasie était légalisée et s'il pouvait être démontré que le fait d'euthanasier des patients économiserait de l'argent au système, alors la profession médicale se trouverait dans une situation de conflit d'intérêt entre les soins à donner aux patients et le rationnement des fonds.

La *B.C. Royal Commission on Health Care and Cost* est chargée d'examiner les coûts des services de soins de santé et les moyens à mettre en oeuvre pour les contenir. L'ancien ministre de la Santé de la Colombie-Britannique a dit que le «poste» le plus coûteux dans la vie d'un patient est celui de ses derniers mois. Étant donné que la Commission royale a recommandé la légalisation de l'euthanasie, et étant donné son ordre de renvoi, ne serait-il pas logique d'extrapoler en disant que sa recommandation s'appuie sur des motifs de limitation des dépenses?

Si enlever la vie à un patient est sage, sur le plan financier, il y a un conflit d'intérêt entre la prestation de bons soins et les impératifs budgétaires. Les gens sont nombreux à croire que ce problème ne surgirait jamais, mais un sondage mené auprès d'étudiants en sciences économiques dans des universités des Pays-Bas fait ressortir que la majorité appuie le recours à l'euthanasie pour des raisons d'ordre économique. Cela me fait peur.

Ceux et celles qui sont favorables au suicide assisté insistent sur le droit de chacun de contrôler son droit de mourir. Or, les études réalisées par le docteur Kubler-Ross montrent que la dépression est l'une des étapes par lesquelles passe souvent le mourant. Si l'euthanasie était pratiquée à ce stade, ni le patient ni sa famille n'auraient la possibilité de franchir les différentes étapes jusqu'à l'acceptation tranquille de la mort.

Il importe par ailleurs de tenir compte de l'effet sur les autres d'un acte de suicide individuel, et l'augmentation du risque du suicide chez les membres d'une famille où il y a déjà eu suicide est un phénomène bien documenté.

[Texte]

I, along with most doctors, recognize the importance of educating doctors, patients and the public as to what palliative care can accomplish and the need to make this care available to all. If my profession can accomplish this task of education, much of the fear of pain and suffering can be eliminated, and patients should not feel the need to ask for euthanasia.

Britain, which is recognized as having one of the best hospice and palliative care programs in the world, had to reject euthanasia. The Netherlands, on the other hand, not known for its palliative care, has opted for euthanasia.

I will close with three comments that were made during the euthanasia debate at the CMA meetings in Calgary and in Montreal. I think they reflect the real concerns of myself and many of the doctors in this country.

First and foremost is the thought that our role is to be a healer, not a killer. We should not kill our patients.

Second, do we really want our patients to see us carrying a syringe down the hall and wonder if this is the lethal dose? My patients must know that when they see me coming down the hall to visit them at their bedside, it is to provide care, not to make my last visit to them.

Finally, it is vital that the healers of Canada should not be represented as the killers of Canada. I am proud that my national professional association, the Canadian Medical Association, has gone on record as opposing euthanasia. In doing so, it joins the British, the American, and the World Medical Association in opposing euthanasia.

I hope that my concern, and the concerns of many in my profession, will be heard by this Senate committee and the other political leaders in our country. It is my hope that our members of Parliament, in their deliberations, will do what is best for society as a whole, and that is to reject euthanasia. Thank you.

Dr. Pankratz: Dr. Will Johnston will complete our presentation.

Dr. Williard P. Johnston, Secretary-Treasurer, Canadian Physicians for Life: I should like to close our presentation by posing some questions to the committee.

It has seemed to those of us who have been studying this subject intensely for the past several months, and in some cases several years, that we must ask this question of those who so forcefully and articulately are requesting a change in the current prohibition against assisted suicide: If these activists knew that the freedom they so ardently desire for themselves and for some others would, after being changed into law, constitute a mortal danger to many more inarticulate, weak, and vulnerable patients, would they really want the freedom they are asking for? It is my feeling that they would not if they could be convinced of the danger to the larger community which their well-meaning request constitutes.

[Translation]

Moi-même et la plupart des médecins reconnaissons l'importance de la sensibilisation des médecins, des patients et du public à ce que peuvent apporter les soins palliatifs et à la nécessité d'offrir de tels soins à tous. Si ma profession parvient à accomplir ce travail d'éducation cela permettra d'éliminer une part importante de la souffrance et de la douleur et les patients ressentiront moins le besoin de demander l'euthanasie.

La Grande-Bretagne, reconnue comme ayant l'un des meilleurs programmes d'hospices et de soins palliatifs au monde, a rejeté l'euthanasie. Les Pays-Bas, quant à eux, qui ne sont pas connus pour la qualité de leurs soins palliatifs, ont opté pour l'euthanasie.

Je vais conclure en vous répétant trois observations qui ont été faites à l'occasion du débat sur l'euthanasie qui a eu lieu aux réunions de l'Association médicale canadienne à Calgary et à Montréal. Celles-ci reflètent, je pense, bien les préoccupations réelles de nombreux médecins canadiens et de moi-même.

Tout d'abord, ce qui est le plus important, notre rôle est celui de guérisseurs et non pas de tueurs. Nous ne devrions pas tuer nos patients.

Deuxièmement, voulons-nous vraiment que nos patients nous voient nous promener avec une seringue dans le couloir et se demandent s'il s'agit là de la dose mortelle? Mes patients doivent savoir que lorsqu'ils me voient m'approcher d'eux, c'est pour leur offrir des soins et non pas pour leur rendre ma dernière visite.

Enfin, il est essentiel que les guérisseurs du Canada ne soient pas présentés comme étant les tueurs du Canada. Je suis fier que mon association professionnelle nationale, l'Association médicale canadienne se soit officiellement opposée à l'euthanasie. Ce faisant, elle se joint aux associations médicales britannique, américaine et mondiale.

J'espère que le comité sénatorial et que les dirigeants politiques du pays seront sensibles à mes craintes et à celles de nombreux membres de ma profession. J'espère que nos députés, dans leurs délibérations, feront ce qui est dans l'intérêt de la société dans son ensemble, c'est-à-dire rejeteront l'euthanasie. Merci.

Le docteur Pankratz: Le docteur Will Johnston va terminer notre exposé.

Le docteur Williard P. Johnston, secrétaire-trésorier, Canadian Physicians for Life: J'aimerais conclure notre exposé en posant au comité un certain nombre de questions.

Ceux d'entre nous qui étudions ce sujet intensément depuis plusieurs mois et, dans certains cas, depuis plusieurs années, se sentent l'obligation de poser la question qui suit à ceux qui demandent avec instance et talent que soit levée l'interdiction actuelle de participer à un suicide assisté: si ces personnes savaient que la liberté qu'elles désirent si ardemment pour elles-mêmes et pour d'autres constituerait, une fois son enregistrement dans la loi, un danger mortel pour de nombreux patients moins instruits, plus faibles et plus vulnérables, voudraient-elles toujours cette liberté qu'elles revendiquent? J'ai le sentiment que ce ne serait pas le cas si elles étaient convaincues du danger que représente pour la communauté dans son ensemble leur requête bien intentionnée.

[Text]

I would turn it around a little bit and ask these people whether the onus should not be on them to demonstrate to Canadians in general that their request that we remove the pillars of protection provided by the current law would not bring down the roof. There is no question that we have established the patient's right to refuse burdensome treatment.

We must see through the artificial distinction being made between assisted suicide and euthanasia, not because there are not some valid distinctions there, but because assisted suicide turns inevitably and inexorably into voluntary euthanasia by the exercise of Charter prohibitions against discrimination on the basis of handicap. At the moment, assisted suicide is promoted as an isolated or limited right. We have to see that it must be turned into voluntary euthanasia because there will always be those too weak to press the button, swallow the pills, or in some other way mechanically actuate their own deaths.

I am very much conscious, as a family physician who daily cares for vulnerable and elderly people, of my own shortcomings in providing adequate palliative care. I know how often my own shortcomings and the suffering of the patient that I am watching has led me to question whether I am right in potentially withholding an act which would end suffering immediately, so there is no sense of disbelief in my mind that this request has come before the Canadian public.

However, knowing my own weaknesses and recognizing the weaknesses I have seen around me in the practice of medicine, within hospitals, and within the health care system in Canada, I can simply say to those who would ask so eloquently for these freedoms that, on the ground, in the trenches where it matters, the first to die would be the weak and inarticulate, the defenceless, not the strong-willed, those possessed of unattractive situations or stories of particular hardship. It would be the ordinary people whose continued existence is resented by unsympathetic relatives or an unsympathetic health care system.

I should like to make an appeal to our sense of community. What kind of community life do we want to live together in Canada? Can we set aside forcefully put requests for a very new freedom to be given to certain members of the medical profession and to certain people who are requesting suicide because we can see that there are some very real dangers in that request?

Thank you.

The Chairman: Does that complete your presentation?

Dr. Pankratz: Yes, thank you very much.

Senator Beaudoin: My question is directed to Mr. Benson. You obviously base your conclusion on the authority opinion of the Supreme Court as expressed by Mr. Justice Sopinka. You conclude that no possible euthanasia legislation could adequately protect respect for human life, impairing it as little as possible so as to satisfy a necessary part of the test for constitutionality.

[Traduction]

Je renverserais un petit peu les choses et je leur demanderais s'il ne devrait pas leur incomber à elles de démontrer à la population canadienne générale que leur demande que soient supprimés les piliers de protection offerts par la loi actuelle ne ferait pas s'écrouler toute la baraque. Il est évident que nous avons reconnu le droit du patient de refuser tout traitement pénible.

Il nous faut voir à travers la distinction artificielle que l'on fait entre le suicide assisté et l'euthanasie, non pas parce qu'il n'y a pas un certain nombre de distinctions valides, mais parce que le suicide assisté sera inévitablement et inexorablement amené à devenir l'euthanasie volontaire par certaines interdictions de la Charte en ce qui concerne la discrimination fondée sur le handicap. À l'heure actuelle, on fait la promotion du suicide assisté en tant que droit isolé ou limité. Il nous faut comprendre que cela est appelé à devenir l'euthanasie volontaire car il y aura toujours ceux qui seront trop faibles pour appuyer sur le bouton avaler les pilules ou déclencher autrement leur propre mort.

En tant que médecin de famille qui m'occupe quotidiennement de personnes âgées et vulnérables, je suis très sensible à mes propres manquements quant à la prestation de soins palliatifs adéquats. Je sais que souvent mes propres lacunes et la souffrance de mon patient m'ont amené à me demander si j'ai raison d'interdire un acte qui mettrait tout de suite fin à la souffrance, et je comprends donc aisément que le public canadien se penche sur cette question.

Cependant, sensible à mes propres faiblesses et reconnaissant celles que j'ai constatées autour de moi dans le monde médical, dans les hôpitaux et au sein du système de soins de santé au Canada, je peux dire à ceux qui revendiquent si éloquemment ces droits que sur le terrain, dans les tranchées où cela compte, les premiers à mourir seraient les faibles et les non-instruits, les personnes sans défense, et non pas ceux et celles à la volonté farouche, ceux confrontés aux situations les plus pénibles. En effet, ce serait les personnes ordinaires dont la poursuite de l'existence serait mal acceptée par des parents ou par un système de soins de santé incompréhensif et peu compatissant.

J'aimerais faire appel à notre sentiment de communauté, d'appartenance. Quel genre de vie communautaire voulons-nous vivre ensemble au Canada? Peut-on écarter les demandes énergiques de concession d'une toute nouvelle liberté à certains membres de la profession médicale et à certaines personnes qui demandent le suicide à cause des dangers très réels que nous y décelons?

Merci.

La présidente: Cela complète-t-il votre exposé?

Le docteur Pankratz: Oui, merci beaucoup.

Le sénateur Beaudoin: Ma question s'adresse à M. Benson. Vous fondez manifestement votre conclusion sur l'opinion de la Cour suprême telle qu'exprimée par le juge Sopinka. Vous concluez qu'aucune loi en matière d'euthanasie ne pourrait protéger suffisamment la vie humaine, l'entravant si peu que celle-ci puisse satisfaire le critère de la constitutionnalité.

[Texte]

We have heard and considered many arguments. Senator Perrault referred this morning to the British House of Lords report, and of course we know what the situation in Holland is. We have also heard the famous argument of the slippery slope.

When you say that no possible euthanasia legislation could adequately protect human life, is that because, at the heart of the matter, you feel there would be shortcomings in the legislation, or is it based on the philosophy of great respect for human life?

The attorney for Sue Rodriguez makes a distinction between assisted suicide and euthanasia. You say that, theoretically speaking, it is possible, but in practice it is a form of euthanasia. What is your opinion on the question of legislation? Why do you say it is impossible? Is it impossible in pure theory, or should it not be possible in practice because it is too dangerous?

Mr. Benson: You make a tough case for me to answer. I am not exactly sure why it is difficult. It may be because one can step across the line. Professor John Finnes at Oxford called it "crossing the Rubicon" in an article you may have seen in the *Law Quarterly Review*. Once you say we can kill a person because of that person's autonomous wish, then the problem arises as to the person who cannot clearly formulate the autonomous wish but for whom all the other reasons are just as valid. They may be perceived as suffering, as having no hope of recovery, and they may meet all of the tests.

Dr. Johnston's point is that, once we say it can be the result of assistance, that someone can assist but not do the final act, then what about the person who cannot do the final act themselves? Will we not compassionately assist them?

The problem is that all these distinctions, once we cross the Rubicon, cease to have sufficient justification to resist the development. How often we hear the argument made that suicide itself is no longer illegal, and therefore we should have the right to have someone assist us with suicide.

By way of an interesting example, you see the creation not of the right to suicide, but of the liberty to commit suicide, and it is read as the right to commit suicide, and then it is the right to assisted suicide. There is a *gradatum* progression that occurs step by inexorable step.

I believe the Netherlands experience, where there are good safeguards in place, shows us that for some reason it does not serve to protect. I am afraid I cannot help you get to the heart of why, but they do not seem to protect.

Senator Beaudoin: Your reasoning as to what constitutes a right under the Charter of Rights is very interesting. Something

[Translation]

Nous avons entendu et examiné de nombreux arguments. Le sénateur Perrault a ce matin fait état du rapport de la Chambre des Lords britannique et nous savons bien sûr quelle est la situation en Hollande. Nous avons également entendu le fameux argument de la pente glissante.

Lorsque vous dites qu'aucune loi en matière d'euthanasie ne pourrait assurer une protection adéquate à la vie humaine, est-ce parce qu'au coeur de la question vous pensez qu'une telle loi comporterait des lacunes ou bien est-ce à cause d'une philosophie axée sur le plus grand respect de la vie humaine?

Le conseiller juridique de Sue Rodriguez fait une distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie. Vous dites que, sur le plan théorique, c'est possible, mais que, dans la pratique, c'est une forme d'euthanasie. Quelle est votre opinion sur la question de la législation? Pourquoi dites-vous que c'est impossible? Est-ce impossible en théorie, ou bien cela ne devrait-il pas être possible dans la pratique parce que trop dangereux?

M. Benson: Formulée de la sorte, la question est difficile. Je ne sais pas exactement pourquoi d'ailleurs. C'est peut-être parce qu'on peut dépasser la ligne de démarcation. Le professeur John Finnes, à Oxford, a parlé de «franchir le Rubicon» dans un article que vous avez peut-être pu lire dans le *Law Quarterly Review*. Dès le moment que vous dites que l'on peut tuer une personne à cause du désir autonome de celle-ci, alors survient le problème de la personne qui ne peut pas clairement formuler ce vœu autonome mais pour qui toutes les autres raisons sont tout aussi valables. Une telle personne peut être perçue comme souffrant, comme n'ayant aucun espoir de guérison et peut satisfaire tous les autres critères.

Ce que dit le docteur Johnston, c'est que si l'on dit que cela peut être le résultat d'une aide, qu'une personne peut aider mais non pas commettre l'acte final, alors qu'en est-il de la personne qui ne peut pas accomplir cet acte final elle-même? Ne doit-on pas l'aider par compassion?

Le problème est qu'une fois qu'on a franchi le Rubicon, toutes ces distinctions cessent d'avoir une justification suffisante pour que l'on résiste à la vague. Combien de fois a-t-on entendu dire que le suicide lui-même n'est plus illégal et que l'on devrait donc avoir le droit d'obtenir de quelqu'un qu'il nous aide à nous suicider.

En guise d'illustration intéressante, l'on voit la création non pas du droit au suicide, mais de la liberté de se suicider, qui est lu comme étant le droit de se suicider puis le droit au suicide assisté. Il y a une progression graduée qui s'opère étape par étape, inexorablement.

Je pense que l'expérience néerlandaise (et de bons mécanismes de sauvegarde sont en place) montre que pour une raison ou une autre le système ne sert pas à protéger. Je crains de ne pas pouvoir vous aider à en arriver au coeur même du problème, mais il semble que ce soit bien le cas.

Le sénateur Beaudoin: Votre logique quant à ce qui constitue un droit en vertu de la Charte des droits est très intéressante. Une

[Text]

may be not illegal but is not necessarily a right. In that sense, I think your distinction is certainly accurate. Thank you.

Senator Perrault: The presentation by the organization has been most interesting. Presumably, Madam Chair, this brief can be appended to the report.

The Chairman: We have not made that decision yet. None of the others has been appended.

Senator Perrault: Perhaps we should consider doing that, because these are very thoughtful briefs. I am not singling out one organization. I just think that it would be very useful for the public if this were appended.

We have had many submissions on the subject of palliative care. Some have suggested that there have been great advances in palliative care and that medical science is able to bring a reasonable degree of comfort to most people in their dying days. I would like to have your comment on that.

Palliative care is an alternative way of dealing with the problems of people facing terminal situations, but how available is palliative care? Here in Vancouver we have access to palliative care, but when you get to Fort St. John, Dawson Creek and some other isolated communities, taxpayers do not have proper access to palliative care. If this is going to be a viable alternative, the moral alternative, then we have to ensure that people are able to access palliative care wherever they live in this province.

Dr. Pankratz: In terms of comfort measures that palliative care provides, it has been quite clearly stated in various expert testimony that 95 per cent of pain could be almost entirely relieved and the remaining pain brought down to within the limits of patient comfort.

I have certainly had cases where people have had severe pain that was not always immediately relieved. We consider a severe pain situation and palliative care to be temporary. We are always working on it at the time that it exists. Sometimes it requires escalation in doses of drugs, and sometimes we have to change the techniques we use. However, in almost all cases the severe pain will be brought under control by modern techniques. In some cases it is difficult, but even in those cases the physical measures are supplemented with psychological measures. Many people will choose to bear with pain knowing that you are with them and trying to relieve it. They will basically bide their time.

In terms of access and the actual provision of palliative care in this country, I can speak only for Abbotsford. Palliative care is available to the people of the Abbotsford region. However, it depends on the physician involved.

If the general practitioner does not have a bent toward or proper training in palliative care, it sometimes happens that the Palliative Care Committee is apprised of situations in which a physician will not give a referral to the program and is doing things that we

[Traduction]

chose n'est peut-être pas illégale mais n'est pas forcément un droit. En ce sens, votre distinction est, je pense, tout à fait juste. Merci.

Le sénateur Perrault: L'exposé fait par cette organisation est des plus intéressants. Je suppose, madame la présidente, que l'on pourra en annexer le texte au rapport.

La présidente: Nous n'avons pas encore pris de décision à ce sujet. Il n'a été prévu d'y annexer aucun autre mémoire jusqu'ici.

Le sénateur Perrault: Peut-être que nous devrions l'envisager, car ces mémoires sont vraiment très bien pensés. Je ne veux pas mettre l'organisation ici présente à part. Je pense tout simplement qu'il serait utile pour le public que le texte soit annexé au rapport.

Nous avons reçu de nombreux mémoires sur les soins palliatifs. Certains font état de problèmes énormes en matière de soins palliatifs et maintiennent que la science de la médecine est en mesure d'assurer un degré raisonnable de confort à la plupart des mourants. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Les soins palliatifs sont une autre façon de s'occuper des problèmes des malades en phase terminale, mais dans quelle mesure les soins palliatifs sont-ils facilement disponibles? Ici à Vancouver, l'on a accès aux soins palliatifs, mais si vous prenez Fort St. John, Dawson Creek et d'autres localités isolées, les contribuables n'y ont pas accès à de bons soins palliatifs. Si ce doit être là une solution de rechange viable, la solution morale, alors il nous faut être certains que les gens puissent avoir accès aux soins palliatifs, où qu'ils se trouvent dans la province.

Le docteur Pankratz: En ce qui concerne le confort que les soins palliatifs procurent, de nombreux experts sont d'avis que 95 p. 100 de la douleur peuvent être supprimés et que les 5 p. 100 restants peuvent être ramenés à l'intérieur des limites du confort.

J'ai eu des cas où les malades souffraient de douleurs aiguës qui n'étaient pas toujours tout de suite apaisées. Nous considérons comme temporaires les situations de douleurs aiguës et de soins palliatifs. Nous y travaillons toujours au moment où le problème existe. À un moment donné, il faut une escalade des doses, et il faut même parfois changer les techniques employées. Cependant, dans presque tous les cas, la douleur aiguë peut être contrôlée grâce au recours aux techniques modernes. Dans certains cas, c'est difficile, mais même dans ces cas-là, les mesures physiques sont complétées par des mesures psychologiques. De nombreux malades choisiront de supporter la douleur s'ils savent que vous êtes là avec eux et que vous essayez de la diminuer. Ils endurent patiemment en attendant.

Quant à la disponibilité et à la prestation de soins palliatifs au pays, je ne peux me prononcer que sur la situation à Abbotsford. Des soins palliatifs sont à la disposition de tous les malades dans la région d'Abbotsford. Cependant, cela dépend du médecin.

Si le généraliste n'est pas trop porté sur les soins palliatifs ou n'a pas reçu la formation nécessaire, la situation peut être différente. Il est arrivé que le comité des soins palliatifs soit mis au courant de situations où un médecin ne renvoie pas un patient

[Texte]

consider inappropriate, and patients are suffering as a result. We try to engage in very gentle shoulder tapping.

We try to educate our fellow physicians. Perhaps 50 per cent of the physicians that I have daily contact with are inadequately informed as to the modern techniques and their patients are suffering as a result.

In terms of Dawson Creek or some point further north, I am sure that what happens depends entirely on the physicians involved. Dr. Johnston would also like to comment.

Dr. Johnston: In Vancouver, one would expect to have the most highly developed palliative care network in the province, both because of its size and because of the eminence in research and in tertiary patient care. As a primary care physician, I have difficulty finding adequate palliative care facilities for my needy patients.

I can assure you that we are in the early stages of developing the entire ethic of palliative care as a medical tradition in this city. One of my great hopes is that this committee will see, as one of the fruits of its labours, a marked stimulation of this.

Senator Perrault: Are medical schools instructing in the area of palliative care now? Have there been changes in the curriculum in our schools?

Dr. Johnston: We have to remember the time-lag between the training of physicians and the absorption into practice of new ideas. Even as we hold this discussion, medical schools lag behind in the provision of education. Palliative care was virtually nonexistent when I went through my education not too many years ago. Not only is there a terrible lack in the mechanical, physical care of patients during terminal illness and extreme pain, but the philosophical and ethical discussion vacuum goes on.

If we were to look at one aspect only, the use of the word "dignity", we would see that, in the hands of those who would propose euthanasia for this country, the concept of dignity has been shrunk to an impoverished notion of power over the timing of one's death. The ability to discuss dignity is something that is inherent in every person. Dignity is something that we owe each other as conditions of our existence, not something that we earn. We do not earn our own dignity. If you can subdivide dignity into different kinds of dignity, there is a most important type of dignity which is not earned, which is not an instrumental thing, it is an inherent thing.

The inability of the average medical student to hold that conversation has led to bankruptcy of the use of that word in the medical profession. The lack of a serious discussion of what words mean has led to a superficial use of that word in the public discourse. It is a terrible tragedy.

Senator Lavoie-Roux: I do not know if you attended the Montreal conference of the CMA. The vote taken by the Canadian Medical Association represents a small number of physicians. If my memory is correct, the vote was approximately

[Translation]

au responsable du programme et fait des choses que nous jugeons mal avisées, et où le patient souffre à cause de cela. Nous faisons alors des interventions douces du genre «petite tape sur l'épaule».

Nous tâchons d'éduquer nos collègues. Environ 50 p. 100 des médecins avec qui j'ai des contacts quotidiens ne sont pas suffisamment au courant des techniques modernes et leurs patients en souffrent.

À Dawson Creek ou dans des localités situées encore plus au nord, je suis certain que ce qui se passe dépend entièrement du médecin concerné. Le docteur Johnston aimerait lui aussi faire quelques observations.

Le docteur Johnston: À Vancouver, on pourrait s'attendre à trouver le réseau de soins palliatifs le plus développé de la province, en raison de la taille de la ville et de l'importance de la recherche et des soins tertiaires. Or, en tant que médecin de soins primaires, j'ai du mal à trouver des établissements de soins palliatifs adéquats pour mes patients.

Je peux vous assurer que nous sommes encore dans les tous premiers stades du développement d'une éthique de soins palliatifs, en tant que tradition médicale, dans cette ville. L'un de mes grands espoirs est que les travaux du comité résulteront en une accélération marquée des efforts sur ce plan.

Le sénateur Perrault: Les écoles de médecine enseignent-elles aujourd'hui les soins palliatifs? A-t-on modifié les programmes d'enseignement de nos écoles de médecine en ce sens?

Le docteur Johnston: Il faut tenir compte du décalage dans le temps entre la formation de médecins et l'intégration des idées nouvelles dans la pratique médicale. Aujourd'hui encore, les écoles de médecine ont du retard en matière d'enseignement sur ce plan. Lorsque j'ai été formé, il n'y a pas si longtemps, les soins palliatifs étaient virtuellement absents de l'enseignement. Non seulement y a-t-il un retard terrible au niveau du soin mécanique, physique des malades en phase terminale et vivant une souffrance extrême, mais le vide philosophique et éthique perdure.

Pour ne prendre qu'un seul aspect, l'emploi du mot «dignité», on voit qu'aux mains des partisans de l'euthanasie de notre pays, la notion de dignité a été appauvrie et ramenée à la faculté de décider du moment de sa mort. Or, la notion de dignité est quelque chose que chacun peut appréhender. La dignité est une chose que nous nous devons les uns les autres en tant que condition de notre existence, et non pas quelque chose que l'on acquiert. On ne gagne pas sa propre dignité. Si on peut subdiviser la dignité en différents éléments, il y a un type de dignité crucial qui ne s'acquiert pas, qui n'est pas quelque chose d'instrumental, mais qui est inhérent.

L'incapacité de l'étudiant en médecine moyen de tenir ce genre de conversation a conduit à ce que cette notion, dans la profession médicale, a été défigurée. Le manque de débat sérieux sur la signification des mots a conduit à un usage superficiel de ce terme dans le discours public. C'est une terrible tragédie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je ne sais pas si vous avez assisté à la conférence de Montréal de l'AMC. Seul un petit nombre de médecins se sont exprimés lors du vote tenu par l'Association médicale canadienne. Si je me souviens bien, le résultat était

[Text]

142 to 170. The margin of difference between the pros and cons was pretty narrow.

Is there a move in the medical profession towards more acceptance of euthanasia? Can we expect that, five or ten years from now, it could be the other way around?

Dr. Lane: There are two points. I do not remember the exact numbers either, but they were not very high. It was approximately 56 per cent to 44 per cent.

A large number of doctors came up to me after the vote and said that they did not vote against the motion because of that, but because they wanted to stay neutral. That was the option the Canadian Medical Association was putting forward, that they were going to stay in a neutral position and allow it to be a free vote. The vote was not to stay neutral, but to go ahead and make a strong statement against euthanasia. Those who voted were not necessarily voting in support of euthanasia; many were saying, by their vote, that they wanted to stay neutral. That bears witness. They said they were the leaders of the country, and they were standing up and speaking for what they felt was really representative.

The other matter alluded to this morning was the Alberta poll of physicians which indicated that a percentage supported euthanasia. Some people within my profession do not understand euthanasia, the definition of euthanasia, and they are guided by the popularity of the polls. There was also the proviso that safeguards would be in place, and some physicians made the assumption when they voted that there would be absolutely infallible safeguards. That is a major assumption to make.

When you know all the facts and you consider all the details, in fact, the number would go down.

Senator Lavoie-Roux: My concern relates to instances of euthanasia taking place without the knowledge of the medical association or of the profession. Have you ever tried to evaluate to what extent that is going on?

Later in the day we will hear from witnesses about back-alley assisted suicide. I am particularly thinking of the associations for AIDS patients. Although we may prefer to retain the status quo, but there may already be abuse. Even though people talk about it, we do not know the extent of this happening. Can you suggest any avenues we might explore?

Dr. Pankratz: Unfortunately, because it is illegal and there has not been any study that has asked the question, we do not know the extent of actual physician actions that are intended to bring about the death of patients. I do know of several cases that have hit the press.

For example, there were two cases in Lion's Gate Hospital in Vancouver several years ago, both involving a single physician who was reprimanded by the B.C. Medical Association. The actions of this physician in these instances were quite representative of what can happen. After a rather extensive operation, a patient was found to have cancer. He was sent to the intensive

[Traduction]

d'environ 142 voix contre 170. La marge de différence entre partisans et adversaires était relativement mince.

Y a-t-il une tendance dans la profession médicale à une plus grande acceptation de l'euthanasie? Peut-on s'attendre à ce que, dans cinq ou dix ans, les résultats d'un tel vote s'inversent?

Le docteur Lane: Il y a là deux éléments. Je ne me souviens pas des chiffres exacts non plus, mais l'écart n'était pas très important. C'était environ 56 p. 100 contre 44 p. 100.

Un grand nombre de médecins sont venus me voir après le vote et ils m'ont dit qu'ils n'ont pas voté contre la motion parce qu'ils étaient favorables à l'euthanasie, mais parce qu'ils voulaient rester neutres. C'était l'option que présentait l'Association médicale canadienne, celle de rester neutre et de laisser chacun décider pour soi. La majorité a décidé de ne pas rester neutre, mais de prendre une position ferme contre l'euthanasie. Ceux qui ont voté pour la motion n'étaient pas nécessairement en faveur de l'euthanasie, mais optaient simplement pour la neutralité. Mais la majorité a dit que les médecins étaient les mieux placés pour prendre une position et qu'il leur fallait manifester par leur vote l'opinion réelle de la profession.

L'autre élément dont on a fait état ce matin est le sondage effectué auprès des médecins de l'Alberta, d'où il ressortait qu'un certain pourcentage était favorable à l'euthanasie. Mais certains médecins ne comprennent pas l'euthanasie, la définition de l'euthanasie, et ils se laissent guider par l'opinion publique. Il était également entendu que des garde-fous seraient mis en place, et certains médecins se sont prononcés sur la base de l'existence de garde-fous absolument infallibles. Mais c'est là un postulat très hasardeux.

Lorsqu'on connaît tous les faits et que l'on tient compte de toutes les nuances, le nombre réel des médecins favorables à l'euthanasie est moindre.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ma préoccupation concerne la fréquence des cas d'euthanasie dont l'association médicale ou la profession n'a jamais connaissance. Avez-vous cherché à déterminer dans quelle mesure cela se pratique?

Nous entendrons plus tard dans la journée des témoins nous parler des suicides assistés clandestins. Je songe particulièrement aux associations de sidéens. Nous préférons peut-être préserver le statu quo, mais il y a peut-être déjà des abus. On entend des rumeurs, mais on ne sait rien de la fréquence de ces suicides assistés. Pouvez-vous nous proposer des façons d'en savoir davantage?

Le docteur Pankratz: Malheureusement, étant donné que c'est illégal et qu'il n'y a eu aucune étude où cette question ait été posée, nous ne savons pas dans quelle mesure les médecins contribuent concrètement au décès de leurs patients. Je connais plusieurs cas dont la presse a fait état.

Par exemple, il y a eu deux cas à l'hôpital Lion's Gate de Vancouver, il y a quelques années, qui étaient tous deux le fait d'un même médecin qui a été réprimandé par la B.C. Medical Association. Les décisions de ce médecin dans ces deux cas sont révélatrices de ce qui pourrait advenir. Après une opération assez complexe, un patient a été diagnostiqué comme étant atteint de

[Texte]

care unit. He was an elderly patient and he did not wake up from the anaesthetic. He was unconscious. As the patient continued to decline in the intensive care unit, the doctor elected to give massive doses of morphine and valium which were intended to bring about the death of the patient. That is the finding in the coroner's report. His diagnosis was that this patient was dying of septic shock anyway.

My attitude in that situation would be, fine, the patient is dying anyway, so we should talk it over with the family. We should get to know the patient's wishes and try to respect the wishes of the patient to the best of our abilities. We would then take the patient out of the intensive care setting and give them good comfort measures. If they are going to die anyway, that is fine. Strangely, we often find that, when you take away treatment, patients recover. We do not play God in that respect. We must be very careful.

In this case, at autopsy, no infection was found. The diagnosis of septic shock was erroneous. That is a very key point. In fact, there was no sign of cancer. He was told that he had an extensive problem, and it actually turned out not to be the case. They based a decision to kill a patient on an erroneous set of facts. In effect, the patient did not even enter into the proceedings.

That is something that concerns me, and I think that is what is actually going on. Such cases happen rarely, but they are probably more common than cases where the competent person asks for it.

Mr. Benson: As a lawyer, I would like to speak to an issue that seems to be lost here. I have read some very good accounts of the horrible situations regarding attempted suicides. I have read Russel Ogden's book and so forth. It seems to me that the argument that, from those accounts, we then go to the legalization of something, misses a hugely important issue which I tried to make the subject of my earlier comments.

The fact of a breach of law or a lack of accommodation of a practice in law does not mean that in order to "sanitize" it, to make it easier or to reduce the hardship, we change the law. We must conduct a rigorous examination of all aspects of the problem. With respect to suicide, when you leap from the autonomous self seeking to have a legalization of that act, you entirely miss the intermediate stage of the widespread encouragement and education for compassionate care in dying.

This is an absolute key point for your committee. Compassionate care in dying is the interstice between legalization and the harsh realities of the current practices.

Senator Keon: Our previous witness emphasized, through the Sue Rodriguez case, the proposed right of an individual to choose the time of his or her death. I want like you, collectively or individually, to address that issue.

It seems to me that the debate is raging on both sides of this issue. On one side of the equation we have the patient's rights, which have been verified, to refuse burdensome treatment. That

[Translation]

cancer. On l'a dirigé sur l'unité de soins intensifs. C'était un patient âgé et qui n'a pas repris conscience après l'anesthésie. Il était inconscient. Le patient continuant à décliner dans l'unité de soins intensifs, le médecin a choisi de lui administrer des doses massives de morphine et de valium destinées à provoquer son décès. C'est la conclusion du rapport du coroner. Son diagnostic était que ce patient était en train de mourir de choc septique de toute façon.

Dans un tel cas, ma position serait que, bon, le patient est en train de mourir de toute façon et il convient d'en parler avec la famille. Il s'agit de déterminer le souhait du patient et tenter de respecter celui-ci au mieux de nos capacités. On retire alors le patient de l'unité de soins intensifs et on assure son confort. S'il va mourir de toute façon, c'est légitime. Mais curieusement, on s'aperçoit souvent que lorsqu'on cesse tout traitement, le patient se rétablit. Nous ne sommes pas Dieu. Nous devons faire très attention.

Dans ce cas particulier, à l'autopsie, on n'a pas trouvé d'infection. Le diagnostic de choc septique était erroné. C'est un point crucial. En fait, il n'y avait pas non plus trace de cancer. On lui a dit qu'il souffrait d'une maladie grave, et il s'est avéré qu'il n'en était rien. La décision de tuer le patient était fondée sur des conclusions erronées. En fait, le patient n'a même jamais eu son mot à dire.

C'est là quelque chose qui me préoccupe, et ce sont des choses qui se passent actuellement. De tels cas sont rares, mais ils sont sans doute plus fréquents que ceux où une personne disposant de ses facultés demande à mourir.

M. Benson: Étant avocat, j'aimerais aborder un aspect que l'on semble négliger ici. J'ai lu quelques très bons récits des situations horribles résultant de tentatives de suicide. J'ai lu le livre de Russel Ogden et cetera. Il me semble que le raisonnement qui, à partir de ces récits, fait prôner la légalisation de quelque chose occulte un aspect extrêmement important dont j'ai fait état dans mes propos antérieurs.

Le fait qu'un acte soit contraire à la loi ou qu'une pratique ne soit pas prévue dans la loi ne signifie pas que, pour «l'assainir», pour rendre la chose plus facile ou réduire la souffrance, il faille modifier la loi. Il faut examiner de façon rigoureuse les éléments du problème. Pour ce qui est du suicide, lorsqu'on saute du choix autonome à la légalisation de cet acte, on occulte entièrement l'étape intermédiaire qui consisterait à encourager et enseigner les soins compatissants au moment de la mort.

C'est là une considération absolument cruciale pour votre comité. Les soins compatissants lors de la mort sont l'interstice entre la légalisation et la dure réalité des pratiques actuelles.

Le sénateur Keon: Notre témoin précédent a mis l'accent, par le biais du cas de Sue Rodriguez, sur la notion du droit de l'individu à choisir le moment de sa mort. Je pense que c'est une notion à laquelle il faut, collectivement ou individuellement, s'arrêter.

Les adversaires et les tenants de cette notion font flèche de tout bois. D'un côté de l'équation, on a le droit du patient, droit avéré, à refuser un traitement lourd. En quelque sorte, cela place le

[Text]

sort of pushes the patient on the route to death by inanition, by easement of suffering through palliative care, something which we all admit is missing in some areas and which must be improved. It pushes the patient on the road to death by inanition, which some people with a terminal disease who have appeared before us object to most strenuously.

On the other side of the equation, if there is a right to choose one's time of death, there is the whole question of suicide; and then pushing the argument a little further, to assisted suicide; to doctor-assisted suicide; and to euthanasia. I am not trying to define these terms.

As a panel of medical-legal people would you address this issue of the right of patients to choose when they die.

Dr. Pankratz: Medical professionals have the option at the moment, with the consent of the patient, to occasionally extend life. That is not the same as saying we have the ability to shorten life or that we are engaged in shortening life.

People now have an option of living longer. We have decided that, because we have an option of living longer, we should somehow be able to short-circuit the process. The logic escapes me.

Getting back to Sue, you mentioned that her choice to choose the time of her own death was seen by some as a right. The presentation you heard beforehand from Mr. Considine stated that her choice of death caused no one any harm. That remains to be seen, and I would seriously disagree.

She has a nine-year-old son who is mentioned in the book, the biography, called: *Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*. There is a description in the book of him pushing her in her wheelchair. When he pushes her quickly and the wheelchair starts bumping across the grass, she becomes upset with him, and tells him to stop. He, in a typically angry or mischievous nine-year-old way, refuses to stop. She, in her impotence at that moment, decides that she will commit suicide; her decision has been made.

When Cole comes to the realization that he participated in the death of his mother — and he will come to that realization whether it is now or 10 years from now when he reads a copy of the book — do you not think that will have a major impact on that child?

It has been shown that the suicide of a first degree relative remarkably increases the risk of suicide in a patient. Even just the death of a parent increases the risk of suicide. However, the suicide of a parent is much more complicated, because it not only increases the risk of suicide, it complicates his grief.

In our presentation we urge you to consider this in the context of community. I am looking at it only as it relates to one person removed from Sue. There may be many more consequences which I have no idea about because I do not know her immediate friends and relations.

[Traduction]

patient sur le chemin de la mort par inanition, par l'allégement de la souffrance au moyen de soins palliatifs, domaine dans lequel nous reconnaissons tous qu'il y a des lacunes et qu'il faut améliorer. Cela met le patient sur le chemin de la mort par inanition, issue que certains atteints d'une maladie fatale qui ont comparu devant nous rejettent énergiquement.

De l'autre côté de l'équation, si l'individu a le droit de choisir le moment de sa mort, il se pose toute la question du suicide et, si l'on pousse l'argument un peu plus loin, du suicide assisté, du suicide médicalement assisté et de l'euthanasie. Je n'essaie pas de définir ces termes.

En tant que panel de médecins et de juristes, j'aimerais que vous nous parliez de cette question du droit des patients à choisir le moment de leur mort.

Le docteur Pankratz: Le médecins ont actuellement la faculté, avec le consentement du patient, de prolonger occasionnellement la vie. Ce n'est pas la même chose que la faculté de raccourcir la vie ou de dire qu'il fait partie de notre rôle de raccourcir la vie.

Les gens ont aujourd'hui l'option de vivre plus longtemps. D'aucuns ont décidé que, puisque nous avons l'option de vivre plus longtemps, nous devrions aussi avoir la possibilité de court-circuiter le processus. Cette logique m'échappe.

Pour en revenir à Sue, vous dites que son choix de déterminer elle-même le moment de sa mort est considéré par d'aucuns comme un droit. M. Considine, tout à l'heure, a dit que son choix de mourir n'avait causé de tort à personne. Cela reste à voir, et je ne suis absolument pas d'accord.

Elle a un fils de neuf ans qui est mentionné dans le livre, dans la biographie intitulée: *Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*. Le livre relate un épisode où le garçon la pousse dans son fauteuil roulant. Lorsqu'il pousse trop vite et que le fauteuil roulant cahote dans l'herbe, elle se fâche et lui dit d'arrêter. Lui, à la façon typique d'un gamin de neuf ans capricieux, refuse de s'arrêter. Confrontée à son impotence, elle décide à ce moment-là qu'elle va se suicider; elle a pris sa décision.

Lorsque Cole réalisera qu'il a participé à la mort de sa mère (et il le réalisera, que ce soit demain ou dans dix ans lorsqu'il lira le livre) ne pensez-vous pas que cela va avoir un impact majeur sur cet enfant?

Il est établi que le suicide d'un parent au premier degré augmente de façon marquée le risque de suicide d'un patient. Rien que le décès d'un parent augmente le risque de suicide. Cependant, le suicide d'un parent est une chose beaucoup plus compliquée, car il accroît non seulement le risque de suicide, mais complique encore le deuil.

Dans notre exposé, nous vous avons exhorté à aborder cette question dans le contexte de la collectivité. Je n'ai parlé ici que des conséquences sur une personne proche de Sue. Mais il peut y en avoir beaucoup d'autres dont je n'ai pas idée car je ne sais rien de ses amis immédiats et de sa famille.

[Texte]

Dr. Johnston: To add to your question about choosing the time of death, that is currently not a right but rather a freedom which is allowed by the absence of any law which deals with suicide. For some people, in some circumstances, there is currently a freedom to choose the time of death.

However, our group has returned to the concept that the onus is on these people involved in the movement to set the juggernaut of state sanctions in motion in a direction which would take away important safeguards and to prove that this does not constitute a call for an irresponsible adventure.

The choosing of the time of death starts as what seems like a simple request for a freedom, and it is very touchingly and appealingly put. The onus remains on the people asking for that freedom to show that this is not, in reality, an irresponsible adventure. Once the machinery of the state is set in motion in that direction, it becomes far more than the exercise of a narrow freedom.

I would like to read into the record the circumstances surrounding Sue Rodriguez and the issue of palliative care, because this has a lot to do with the whole notion of motivation and choosing the time of death. This quote is from Lisa Hobbs Birnie's book *Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*. In the part I am about to quote, it was Sue Rodriguez' wish that Dr. Sandra Elder would speak with Hobbs Birnie and that Hobbs Birnie would write the book about Sue. This quote from Sue's therapist is as follows:

She had an aching soul and never had internal peace. She wouldn't let love in, and when you are starved for love, you sabotage any attempts people make to give it to you. There's a sort of attitude: love me, leave me alone. If you love, you can forgive and let go of the anger. I can say goodbye without a terrible resentment. But anger was Sue's foundation. Her identity was based on it.

We would submit that, as a foundation for an ethic of community in our society, anger makes poor material. All of this springs from such a simple request. We have to sympathize with that request and yet see the long-range implications of it.

Mr. Benson: For Dr. Keon's benefit, the precise question of the distinction between withdrawing treatment and euthanasia and assisted suicide is dealt with at pages 20 and 21 of our brief.

The *British Journal of Medical Ethics* discussed this point and said that there is a significant philosophical moral difference between killing and letting die. Dr. Keon's point was related to killing and letting die. The British have considered the medical ethics involved in this question, and some others that we quote in the paper, and have said that there is a significant moral distinction.

I am aware some witnesses who have appeared before you have said that there is no such distinction. I simply wished to point out there is good evidence in this regard. There is a debate on the issue.

[Translation]

Le docteur Johnston: Pour compléter cette réponse sur le choix du moment de la mort, ce n'est pas actuellement un droit, mais plutôt une liberté qui est laissée en l'absence de toute loi traitant du suicide. Certains, dans certaines circonstances, ont actuellement la liberté de choisir le moment de la mort.

Cependant, notre groupe en est revenu au principe que le fardeau de la preuve appartient à ceux qui veulent pousser la machinerie des sanctions d'État dans une direction qui supprimerait des garde-fous importants; c'est à eux de prouver que cela ne représente pas une aventure irresponsable.

Le choix du moment de la mort commence avec ce qui paraît une exigence toute simple de liberté, et qui s'exprime de façon très touchante et attrayante. Mais il incombe à ceux qui réclament cette liberté de montrer que ce n'est pas là, en réalité, une aventure irresponsable. Une fois que la machinerie de l'État se sera ébranlée dans cette direction, cela représentera beaucoup plus que l'exercice d'une liberté étroite.

J'aimerais lire pour votre information un passage qui décrit les circonstances ayant entouré Sue Rodriguez et qui traite de la question des soins palliatifs, car tout cela concerne de près toute la motivation entourant la faculté de choisir le moment de la mort. C'est un extrait du livre de Lisa Hobbs Birnie *Uncommon Will: The Death and Life of Sue Rodriguez*. Sue Rodriguez avait souhaité que le docteur Sandra Elder parle à Hobbs Birnie et que cette dernière écrive un livre sur Sue. Le passage que je vais lire cite les paroles du médecin de Sue:

Elle avait l'âme tourmentée et ne connaissait jamais de paix intérieure. Elle ne voulait pas laisser entrer l'amour, et lorsqu'on est affamé d'amour, on sabote toutes les tentatives que font les gens pour vous le donner. Cela revient un peu à dire: aime-moi, laisse-moi tranquille. Quand on aime, on peut pardonner et renoncer à la colère. Je suis capable de dire au revoir sans connaître un ressentiment terrible. Mais la colère était la fondation de Sue. Toute son identité reposait sur elle.

À notre sens, la colère est un bien mauvais fondement pour une éthique collective dans notre société. Tout cela découle d'une demande aussi simple. On peut comprendre celle-ci, tout en discernant les conséquences lointaines qu'elle comporte.

M. Benson: À l'intention du docteur Keon, la distinction précise entre le retrait de traitement et l'euthanasie et le suicide assisté est donnée aux pages 20 et 21 de notre mémoire.

Le *Journal of Medical Ethics* de Grande-Bretagne a débattu de cet aspect et conclu qu'il existe une différence morale et philosophique considérable entre tuer et laisser mourir. Les Britanniques ont réfléchi à l'éthique médicale mise en jeu par cette question, ainsi que d'autres que nous citons dans le document, et conclu qu'il existe une importante distinction morale entre les deux.

Je sais que certains témoins qui ont comparu ici ont dit qu'il n'y a pas de différence. Je voulais simplement vous faire remarquer que tout le monde n'est pas de cet avis, qu'il y a un débat.

[Text]

Senator Desmarais: To be more precise about the vote at the meeting in Montreal of the Canadian Medical Association, motions having to do with euthanasia were carried 93 to 74, with 18 abstentions. The precise motion was that: the CMA declares its members should specifically exclude participation in euthanasia and physician-assisted suicide.

Dr. Lane: I think that is important. Those are the correct numbers, and I appreciate you sharing them with us. I do not represent the CMA, but I know the CMA will be making a presentation before you, and I am sure they will explain those figures to you.

Senator Lucier: My question is directed to Mr. Benson, but I appreciate that Dr. Johnston may want to add some detail as it relates to the background and philosophy of the matters he has dealt with.

Presently, suicide is legal, and people can commit suicide by themselves. What we are discussing here is whether they can be assisted in doing that. I believe you said, doctor, that only some people in some circumstances can commit suicide.

Dr. Johnston: I meant to say that those who are able-bodied who have formed the intent to carry through the action clearly have freedom to commit suicide. Any legal sanction which was present was removed because of the terrible treatment of relatives afterwards.

Senator Lucier: Do you feel that we should retain the present provisions covering suicide? Should people be permitted to commit suicide, let alone be assisted in suicide?

When discussing palliative care, you talked about doctors who really do not know a lot about it or do not want to deal with it, until they are gently tapped on the shoulder. I think that is a good indication of what happens in many cases where perhaps, not much care is available. I know that many people will not receive proper pain control when they most need it.

Are we putting too much emphasis on pain control when we discuss assisted suicide? We can disconnect the patient from life-support systems without the patient's knowledge. That is already being done every day. Patients receive overdoses of medicine that will eventually cause their death. Technically, we are already doing the things we are talking about. There is a very thin line between the two positions.

Are we spending too much time dealing with pain instead of the other rationales of people like Sue Rodriguez? I do not think it was the pain that caused Sue Rodriguez to choose suicide; I think it had more to do with the indignity of having to live the way she was living. I do not think the pain was a major factor. There are other reasons people may want to have assisted suicide other than pain; reasons that are probably more important than pain. I would appreciate some comments on that.

This is a very difficult issue for us or anyone to deal with. Nobody will be on the right side of the question. We will all be wrong sooner or later. With Sue Rodriguez suffering the

[Traduction]

Le sénateur Desmarais: Pour vous donner quelques précisions au sujet du vote de Montréal de l'Association médicale canadienne, les motions concernant l'euthanasie ont été adoptées par 93 voix contre 74, avec 18 abstentions. Le texte précis était: que l'AMC déclare que ses membres excluent expressément la participation à l'euthanasie et au suicide médicalement assisté.

Le docteur Lane: Je pense que c'est important. Ce sont là les chiffres réels et je vous remercie de nous les communiquer. Je ne représente pas l'AMC, mais je sais que celle-ci va comparaître devant votre comité et je suis sûr qu'elle vous expliquera ces chiffres.

Le sénateur Lucier: Ma question s'adresse à M. Benson, mais j'imagine que le docteur Johnston voudra y répondre également car elle porte sur le contexte et les principes qui sous-tendent les questions dont il a traité.

À l'heure actuelle, le suicide est légal, les gens ont le droit de se suicider par eux-mêmes. La question dont nous discutons ici est de savoir si on peut les aider à le faire. Je pense que vous avez dit, docteur, que seules quelques personnes, dans quelques circonstances, peuvent se suicider.

Le docteur Johnston: J'entendais par là que les personnes qui ont la capacité physique et l'intention de se suicider ont manifestement cette liberté. On a supprimé toute sanction juridique du suicide à cause des tourments terribles que ces sanctions infligeaient aux parents des suicidés.

Le sénateur Lucier: Pensez-vous qu'il faille conserver les dispositions actuelles couvrant le suicide? Faut-il permettre aux gens de se suicider, sans même parler de les y aider?

Au sujet des soins palliatifs, vous avez dit que beaucoup de médecins n'en savent pas grand-chose ou ne veulent pas s'en occuper, jusqu'à ce qu'on le leur rappelle gentiment. Je pense que c'est une bonne indication de ce qui arrive bien souvent, où des patients ne reçoivent guère de soins. Je sais que beaucoup de gens ne reçoivent pas les traitements antidouleur qui conviendraient, au moment où ils en ont le plus besoin.

Est-ce qu'on met trop l'accent sur le contrôle de la douleur lorsqu'on parle de suicide assisté? On peut débrancher un patient des appareils qui le maintiennent en vie sans qu'il le sache. Cela se fait déjà tous les jours. Des patients reçoivent des doses massives de médicaments qui vont entraîner leur mort. Techniquement, on fait déjà ce dont il est question ici. La ligne de démarcation entre les deux est très mince.

Est-ce que l'on ne s'obnubile pas trop sur la douleur, au détriment des autres motifs qui animent des gens comme Sue Rodriguez? Je ne pense pas que c'est la douleur qui ait amené Sue Rodriguez à opter pour le suicide; je pense qu'il s'agissait plutôt de l'état de déchéance dans lequel elle vivait. Je ne pense pas que la douleur ait été un gros facteur. Les gens peuvent vouloir un suicide assisté pour des raisons autres que la douleur, qui sont peut-être plus importantes que la douleur. J'aimerais connaître vos vues à ce sujet.

Cette question dont nous sommes saisis est pour nous très difficile. Nul n'aura jamais entièrement raison. Nous serons tous du mauvais côté de la barrière tôt ou tard. Vu la déchéance ou la

[Texte]

indignation or the intense pain that she was going through, how would her living another week or another day or another hour have benefited society, especially if she did not want to do that?

Dr. Pankratz: You have asked a lot of questions. I would like to start with the question of suicide being legal, so what is the difference in assisting someone in suicide.

I read the *Rodriguez* decision. Mr. Justice Sopinka's argument went along the lines of: Since suicide was seen to be a problem that had its solutions outside the law, and since incarceration of people who were suicidal or had attempted suicide only served to increase the risk of suicide, it was decriminalized. That was to help improve the situation and remove the problem of suicide. It was not to encourage suicide. It was in no way to legitimize suicide. It was to say that the law is not the place to deal with the person who has attempted suicide. A person who has spent time in jail would be able to speak more aptly to that, and I believe you will hear about that tomorrow.

Depression is the usual cause of suicide. About 95 per cent of known suicides are the result of mental illness, and we are not really sure about the other 5 per cent. It is not that we know the person was not mentally ill; it seems to be a symptom of mental illness, and that is why it was put over into the realm of medicine rather than remaining in the realm of law.

As to your other point about palliative care and giving overdoses of medication which can or will lead to somebody's death, there is a very big difference between giving medication that you know will lead to death, and giving a medication the purpose of which is to relieve pain. With palliative care, you usually escalate the dose of morphine slowly and in proportion to pain. Proper pain relief does not kill the patient.

On the rare occasion where you think you might be into the realm of doses where you are possibly hastening death, it is like any medical treatment where a treatment carries a risk of death. It is not a matter of administering medication that you know will hasten death. You are giving a medication which, theoretically, has the possibility of respiratory depression and death, and that is the same as operating on a person for appendicitis knowing that he carries the risk of dying on the table. You do not go into the operating theatre knowing that that patient is going to die on the table. In fact, most of the time they do not.

You will probably hear from palliative care experts who feel that good palliative care probably prolongs life. I think that is true in certain cases where a patient probably would have just wasted away and died because they could not eat because of the pain. Some patients have lived for 18 months after I told them, "It looks like you only have a few weeks to live."

[Translation]

douleur intense que vivait Sue Rodriguez, quel avantage cela aurait-il rapporté à la société qu'elle vive une semaine, un jour ou une heure de plus, surtout si elle ne le voulait pas?

Le docteur Pankratz: Vous avez posé beaucoup de questions. Je commencerai par la notion que, puisque le suicide est légal, quelle différence cela fait-il d'aider quelqu'un à se suicider.

J'ai lu le jugement dans la cause *Rodriguez*. L'argumentation du juge Sopinka était à peu près celle-ci: Puisque le suicide est considéré comme un problème dont la solution réside en dehors du droit, et puisque l'incarcération des personnes suicidaires ou qui ont commis une tentative de suicide ne sert qu'à accroître le risque de suicide, ce dernier a été décriminalisé. Il s'agissait d'améliorer la situation et d'éliminer le problème que pose le suicide. Il ne s'agissait pas d'encourager le suicide. Il ne s'agissait en aucune façon de légitimer le suicide. On disait simplement que la loi n'était pas un instrument approprié à utiliser avec les gens qui ont tenté de se suicider. Une personne qui a passé du temps en prison pourrait vous en parler mieux que moi, et je pense que vous en entendrez une demain.

La cause habituelle du suicide est la dépression. Près de 95 p. 100 des suicides connus sont le résultat d'une maladie mentale, et nous ne sommes pas sûrs vraiment pour les 5 autres p. 100. Nous ne savons pas que la personne n'était pas mentalement malade; le suicide semble être un symptôme de maladie mentale et c'est pourquoi on l'a placé dans le domaine de la médecine au lieu de le laisser dans le domaine du droit.

Pour ce qui est de l'autre aspect que vous avez soulevé, les soins palliatifs et l'administration de surdoses de médicaments qui peuvent tuer ou vont entraîner la mort du patient, il y a une grosse différence entre administrer des médicaments dont on sait qu'ils vont entraîner la mort et l'administration de médicaments afin de soulager la douleur. Dans les soins palliatifs, on augmente habituellement la dose de morphine lentement et proportionnellement à la douleur. Le soulagement de la douleur, bien administré, ne tue pas le patient.

Dans les rares cas où les doses deviennent telles que l'on peut penser qu'elles risquent d'accélérer la mort, c'est comme n'importe quel traitement médical qui comporte un risque de décès. Il ne s'agit pas d'administrer un médicament dont on sait qu'il va accélérer la mort. Vous administrez un médicament qui, théoriquement, présente une possibilité de dépression respiratoire et de décès, et c'est la même chose que d'opérer une personne de l'appendicite en sachant qu'elle risque de mourir sur la table. Vous n'entrez pas dans la salle d'opération en sachant que le patient va mourir sur la table. En fait, la plupart du temps, il ne meurt pas.

Vous entendrez sans doute des experts en soins palliatifs qui considèrent que de bons soins palliatifs prolongent probablement la vie. Je pense que c'est vrai dans certains cas, lorsqu'un patient aurait probablement dépéri et serait mort parce que la douleur l'empêchait de manger. Certains patients ont vécu 18 mois et plus après que je leur ai annoncé qu'ils n'en avaient sans doute plus que pour quelques semaines.

[Text]

More important than the pain, as you mentioned, is the issue of dignity and suffering. Why is it that Sue Rodriguez felt she was the subject of indignity when many patients with ALS have far more disabilities than she had? She was nowhere near death when she died. She was not in a situation where she needed to have total care. She could, in fact, eat what they called "a fine meal" before she died. She could have swallowed pills. She did not need assistance at the time she died. Why is it that that patient saw herself as living in such enormous indignity that she should die, while another patient was not inclined to think that way at all?

Palliative specialists will tell you that it is more a function of their pre-morbid personality, the way the person was before they were sick, than it is a function of the illness. It has nothing to do with dependency. It has nothing to do with their personality and their attitude. Psychotherapy can really help people move through that.

Sue Rodriguez chose not to avail herself of that. She said, "No, I don't want any help, thank you very much. My attitudes are mine, and I'm not going to let you tamper with them." That is her choice, and I am not knocking that. However, she then said, "I refuse to let you help me in the realm of psychotherapy, but I want you to help me in the realm of assisted suicide." She is trying to put us over a barrel by refusing treatment.

It is very similar to the case of a psychiatrist named Chabeau who was recently acquitted in Holland. He killed a 50-year-old depressed woman he had known for only two months. This woman said, "No, I refuse medications. No, I refuse psychotherapy. If you don't give me pills, I'm going to have a messy suicide." He said there was no option but to help her. He was acquitted in a court of law.

Dr. Johnston: I wish to speak to your particularly good point about the indignities which she declared herself to be suffering. One of the problems with this word, "dignity," as it is being used by those who ask for euthanasia and assisted suicide, is that it really becomes a state awarded by the patient to him or herself. The decision as to whether or not dignity is present is a subjective one.

The problem is, like any other subjective, self-awarded quality, it comes indistinguishable from other expressions of frustration and hopelessness and depression. The declaration, "I have no more dignity", because it is simply self-defined and self-awarded, has to be seen as just one more very important way of saying, "I'm depressed and frustrated and helpless."

If you accept that everyone has his or her own definition of "dignity", we will be lonely individualists. I do not think we should go on to give the same weight to that word in that setting.

Dr. Lane: There is a fine line when it comes to deciding what dosage of medication you should give the patient. It is the intent that is important. Will the doctor intend to administer a dosage that will actually kill the patient versus trying to provide care and

[Traduction]

Comme vous l'avez dit, la dignité et la souffrance morale est une question plus importante que la douleur physique. Comment se fait-il que Sue Rodriguez se soit considérée comme déçue alors que de nombreux patients atteints de SLA sont beaucoup plus invalides qu'elle n'était? Elle était loin de sa mort naturelle au moment de son décès. Elle n'avait pas besoin d'une assistance totale. Elle pouvait absorber ce que l'on appelle «un repas fin», avant sa mort. Elle pouvait avaler des pilules. Elle n'avait pas besoin d'assistance au moment de mourir. Comment se fait-il que cette patiente se soit considérée comme vivant dans une telle indignité qu'il lui fallait mourir, alors qu'un autre ne voit pas du tout les choses de cette façon?

Des spécialistes des soins palliatifs vous diront que c'est davantage une fonction de la personnalité pré-morbide, de la façon d'être de la personne avant sa maladie, qu'une fonction de la maladie. Cela n'a rien à voir avec la dépendance. Cela n'a rien à voir avec la personnalité et l'attitude. La psychothérapie peut réellement aider les gens à surmonter ce stade.

Sue Rodriguez a choisi de ne pas recourir à une telle aide. Elle a dit: «Non, je ne veux pas de cette aide, merci beaucoup. Mes attitudes sont les miennes, et je ne vais pas vous laisser jouer avec». C'est son choix, et je ne lui conteste pas le droit de le faire. Cependant, elle a alors ajouté «je refuse de vous laisser m'aider par une psychothérapie, mais je veux que vous m'aidiez pour un suicide assisté». En refusant le traitement, elle essaie de nous mettre le couteau sous la gorge.

C'est très similaire au cas d'un psychiatre nommé Chabeau qui a été récemment acquitté en Hollande. Il a tué une femme dépressive de 50 ans qu'il ne connaissait que depuis deux mois. Cette femme a dit: «Non, je refuse les médicaments. Non, je refuse la psychothérapie. Si vous ne me donnez pas des pilules, je vais me suicider de façon atroce». Il a dit qu'il n'avait d'autre option que de l'aider. Il a été acquitté en tribunal.

Le docteur Johnston: J'aimerais intervenir sur votre excellente remarque concernant l'indignité dont elle se déclarait victime. L'un des problèmes de ce mot «dignité» dans la bouche de ceux qui réclament l'euthanasie et le suicide assisté, est que la dignité est un état que le patient s'attribue lui-même. La décision quant à la présence ou l'absence de dignité est subjective.

Le problème, comme dans le cas de tout autre attribut subjectif, auto-octroyé, est qu'il est indifférenciable d'autres expressions de frustration, de désespoir et de dépression. La déclaration: «Je n'ai plus de dignité», parce qu'elle est simplement autodéfinie et auto-octroyée, doit être considérée comme simplement une autre façon importante de dire «je suis déprimé, frustré et impuissant».

Si vous admettez que tout un chacun peut avoir sa propre définition de la «dignité», nous deviendrons des individualistes solitaires. Je ne pense pas qu'il faille accorder le même poids à ce terme dans un tel cadre.

Le docteur Lane: Il y a une ligne de démarcation fine lorsqu'il s'agit de décider quelle dose de médicament administrer à un patient. C'est l'intention qui compte. Le médecin a-t-il l'intention d'administrer une dose qui va carrément tuer le patient, ou

[Texte]

comfort? That is a difficult question, and no one will know the answer except the doctor. That is why it is difficult to envisage legislative protection that would work. No one will know that doctor's intent.

To open the door and approve of this type of action, may mean that a doctor who is not experienced at palliative care would be more likely to go ahead and administer a higher dose than do anything which would increase his skills and knowledge in how to look after these patients.

With palliative care, it is a challenge to look after the total patient. Not only does pain have to be dealt with, all the issues of palliative care must be taken into account. It is society's duty as a whole to provide that, and to provide it in every jurisdiction possible. Palliative care need not be expensive. It has to be part of the education process which is available to the profession.

Mr. Benson: I should like to refer to my friend again who, at age 39, was dying of cancer. She was very angry and wanted to commit suicide two months before she died. Her husband refused to accept that as an alternative. Just days before her death, she went through an incredible reconciliation. You asked the question about how society would benefit from her living a few weeks longer. How she would have benefited from discovering human compassion might be the better question.

When she died, the Victoria hospice society issued a very strong statement. I do not know if you have had that put to you. This is not simply an individualistic issue; this is a fundamental human issue in our society. Without being "paternalistic" about it, which is a nasty word nowadays, parents teach children to distinguish between what is right and what is wrong; and the state, in some respects, upholds principles that are formative for our social wellbeing.

I would recommend that you read this book by Lisa Hobbs Birnie. Those aching questions are fundamental to this issue. We must not be misled by this autonomous self. The philosophers say that our society is filled with alienation and isolation. We need meaning, and we need compassion. "Compassion" means "to suffer with". We are all humans and, as such, we are intimately related to each other.

How would society have benefited from another week of Sue Rodriguez' life? No. How might she have benefited from a compassionate loving death, like my friend had?

The Chairman: You said today that we now recognize that withholding and withdrawing treatment are recognized under certain circumstances as proper medical procedures; and you appear to agree with that. A statement was made just a few minutes ago that research indicates that 90 or 95 per cent of people who request suicide are clinically depressed.

How do you reconcile this? Surely the same result occurs for people who ask you to stop treatment. How do you decide that

[Translation]

cherche-t-il plutôt à le soulager? C'est une question difficile et personne ne connaîtra jamais la réponse, hormis le médecin lui-même. C'est pourquoi il est difficile d'envisager une protection législative qui soit efficace. Personne ne connaîtra jamais l'intention du médecin.

Ouvrir la porte et autoriser ce type d'action peut signifier qu'un médecin ayant peu l'expérience des soins palliatifs serait plus susceptible d'administrer une dose supérieure que d'aller améliorer ses connaissances quant à la façon de soigner ses patients.

En matière de soins palliatifs, la difficulté est de soigner le patient dans sa totalité. Non seulement faut-il soulager la douleur, il faut tenir compte de tous les autres aspects des soins palliatifs. C'est le devoir de la société que d'offrir ces soins, et ce partout. Les soins palliatifs ne coûtent pas nécessairement cher. Ils doivent faire partie de la formation médicale.

M. Benson: J'aimerais rappeler encore le cas de mon amie qui est morte de cancer à l'âge de 39 ans. Elle éprouvait beaucoup de ressentiment et voulait se suicider deux mois avant sa mort. Son mari a refusé d'accepter une telle issue. Quelques jours avant sa mort elle a connu une réconciliation incroyable. Vous avez demandé en quoi la société bénéficierait de quelques semaines de vie supplémentaires. Il faudrait plutôt demander quels bénéfices elle aurait retirés de la découverte de la compassion humaine.

Lorsqu'elle est morte, la *Victoria Hospice Society* a émis une déclaration très ferme. Je ne sais pas si vous en avez eu connaissance. Il ne s'agit pas en l'espèce d'une question qui ne concerne que l'individu, c'est un problème humain fondamental dans notre société. Sans vouloir me montrer paternaliste, terme devenu aujourd'hui péjoratif, les parents enseignent aux enfants à distinguer entre le bien et le mal; et l'État, à certains égards, doit établir des principes qui sont essentiels à notre bien-être social.

Je vous recommande la lecture de ce livre de Lisa Hobbs Birnie. Ces questions douloureuses sont au cœur du problème. Nous ne devons pas nous laisser égarer par cette notion de soi autonome. Les philosophes disent que notre société est pleine d'aliénation et d'isolement. Nous avons besoin de sens et nous avons besoin de compassion. «Compassion» signifie «souffrir avec». Nous sommes tous humains et, en tant que tels, sommes intimement associés les uns aux autres.

En quoi la société aurait-elle bénéficié d'une semaine de vie supplémentaire de Sue Rodriguez? Non. Quels bénéfices aurait-elle retirés d'une mort dans l'amour et la compassion, comme celle que mon amie a connue?

La présidente: Vous avez dit aujourd'hui qu'il est maintenant admis que le retrait ou la non-administration de traitements est reconnu dans certaines circonstances comme une procédure médicale adéquate; et vous semblez d'accord. On vient de dire que la recherche montre que 90 ou 95 p. 100 des personnes qui demandent le suicide souffrent de dépression clinique.

Comment conciliez-vous ces faits? Je suis sûre que la même chose est vraie des personnes qui vous demandent d'arrêter un

[Text]

these people are not clinically depressed when they do that, but when they ask for death they are clinically depressed?

Dr. Pankratz: To start with, to withdraw care does not always result in death. Withdrawal of care in terminal cases is done only in respect of care that is seen as excessively burdensome, care that the patient refuses. That is very different.

The Chairman: She has the right to refuse. We recognize that.

Dr. Pankratz: Yes. Obviously I would not assault a patient with unwanted care. This is their right. As a physician, this is what I believe all physicians should be doing. If, in fact, it comes to my attention that a physician is assaulting a patient with unwanted care, then I feel it part of my duty to be involved in a process that helps that situation come to a resolution.

That is a very different thing from actively assisting a death. You do not give care where it would burden a patient or where it would make their quality of life worse to have this treatment. That is respect for natural life. That is respect for a person's choice that their life reach a natural conclusion. If you then jump in with the decision that you can cut short the process, that is stepping over the line. Maybe it is a thin line, but it is a line that we must continue to draw. It is a very valid line.

The Chairman: You are talking about your position. I am talking about the mental capacity of people in these different situations.

Dr. Johnston: I think I understand something of what you are asking. It does seem that we want it both ways; that we will only describe those who want the option of suicide as "depressed". I think that underlying your perceptive question is perhaps a mistake about how we use the word "depression". I make the same mistake myself.

I would like to think that the description of someone as "depressed" is not a judgment. Medically speaking, it is not a statement of failure on the part of that person; and it is not a statement of a lack of moral fibre or an inadequacy of that patient. Rather, it is a description based on well-recognized medical indications of loss of sleep, early waking, loss of appetite, loss of ability to look forward to the future with hope.

If we remove the notion that it is a castigation of people to call them "depressed" that we reserve only for those who are requesting suicide, we can refocus our energies on love. It is love that we are missing, and that is what our society has to come to grips with. How are we best to offer love to those who declare themselves to be without hope, who declare themselves to be without meaningful existence, who feel a deep sense of bewilderment that comes with a loss of meaning. We can redirect the question to that.

The concept of depression stops being pejorative and starts being a description of how bad it can be to be weak, to feel ill, to feel as though one's existence is resented, or to feel as though all that made one able to contribute has been taken away so that all

[Traduction]

traitement. Qu'est-ce qui vous fait dire que ces personnes ne sont pas cliniquement déprimées lorsqu'elles demandent cela, mais qu'elles le sont lorsqu'elles demandent la mort?

Le docteur Pankratz: Pour commencer, l'arrêt d'un traitement n'entraîne pas toujours la mort. L'arrêt de traitement, en phase terminale, ne concerne que les soins qui sont jugés excessivement lourds, des soins que le patient refuse. C'est très différent.

La présidente: Elle a le droit de refuser. C'est reconnu.

Le docteur Pankratz: Oui. Je ne vais évidemment pas agresser un patient avec des soins dont il ne veut pas. C'est son droit. Je pense que tous les médecins doivent s'y plier. Si j'apprends qu'un médecin agresse un patient avec des soins dont ce dernier ne veut pas, je considère comme mon devoir d'intervenir.

C'est très différent de l'assistance active donnée à la mort. On n'inflige pas un traitement qui serait un fardeau pour le patient ou qui amoindrirait la qualité de sa vie. Cela, c'est le respect de la vie naturelle. C'est le respect du choix d'une personne de voir sa vie arriver à son terme naturel. Mais vous franchissez la ligne si vous décidez que vous pouvez raccourcir le processus. C'est peut-être une ligne ténue, mais c'est une ligne qu'il nous faut continuer à tirer. Elle est parfaitement valide.

La présidente: Vous parlez de votre position à vous. Je parle moi de la capacité mentale des gens qui se trouvent dans ces différentes situations.

Le docteur Johnston: Je pense voir où vous voulez en venir. Il peut sembler que nous voulons jouer sur les deux tableaux, que nous ne qualifions de «déprimés» que ceux qui veulent l'option du suicide. Je pense que votre question est peut-être due à une erreur sur le sens du mot «dépression». Je fais parfois la même erreur.

J'aime croire que le fait de qualifier quelqu'un de «déprimé» n'est pas affaire de jugement. Médicalement parlant, ce n'est pas la constatation d'une faiblesse chez la personne, d'un manque de fibre morale ou d'une insuffisance chez le patient. C'est plutôt un diagnostic basé sur les symptômes médicaux bien connus que sont l'insomnie, la perte d'appétit, la perte de la capacité à envisager l'avenir avec espoir.

Une fois écartée l'idée que nous réserverions le terme «dépression» à ceux qui demandent le suicide, pour les critiquer, nous pouvons recentrer nos énergies sur l'amour. C'est l'amour qui manque, et c'est à cela que notre société est confrontée. Comment offrir de l'amour à ceux qui se déclarent sans espoir, qui se déclarent sans existence significative, qui ressentent le profond désarroi qui accompagne la perte de sens. C'est là-dessus que l'on peut réorienter la question.

La notion de dépression cesse alors d'être péjorative et commence à décrire ce que l'on ressent lorsqu'on est faible, qu'on se sent malade, qu'on a l'impression d'être un fardeau, ou que l'on est privé de tous les moyens qui permettaient de contribuer

[Texte]

that can be meaningful therefore is one last act of the will. If we can move beyond that, we might be able to address your concern.

Mr. Benson: Earlier in the proceedings Dr. Keon expressed an interest in the same sort of point that you just made. Does the request have a pathological base? No physician would say to a clearly mentally incompetent patient, "I'm going to respect your request to withdraw treatment."

Your committee must look very carefully at the evidence and the medical research, or, perhaps, call for more research on this point, that is, whether there is a pathological component in the request for suicide. Insofar as we can establish, that request for suicide may be implicated in the nature of the illness. Then the role of medicine in relation to that is very important. There may, in fact, be a medical component to dealing with requests for suicide if they are rooted in a pathological condition.

The Chairman: Dr. Lane, earlier in your testimony you referred to a study done in the Netherlands with students of economics and a questionnaire. After you have completed your presentation, could you provide us with a citation for that for our own information? Thank you.

Thank you all very much for your presentation.

Our next witness is a representative of the Lubavitch Organization for Jewish Development.

Mr. Yoseph Thompson, Director of Development for the Central Organization for Jewish Education, Lubavitch British Columbia: Good morning, Madam Chair and members of the committee.

Lubavitch British Columbia is the Western Canada representative of the worldwide Lubavitch Movement. This movement was led, until June of this year, by the late Lubavitcher Rebbe, Rabbi Menachem Mendel Schneersohn.

Lubavitch British Columbia takes an active role in all areas of Jewish life: education for thousands of adults and children per year, outreach, family counselling, personal counselling, hospital visitations, material assistance for those who need resettlement services, et cetera.

Lubavitch's views on issues such as the one before us today are in keeping with the generation's most prominent rabbinical authorities and are reflected in a traditional Torah, or biblical, perspective.

As I will elaborate further, Lubavitch British Columbia believes that legalizing assisted suicide presents a number of irreconcilable problems. While I will be delineating the Jewish religious perspective, we feel that many of the concerns of the medical profession and the general public are valid. This brief draws on discussion of and points of view of the medical profession, the general public, and the Jewish religion. A number of the perspectives I will bring forward were elaborated on at the Medical Ethics Forum on Euthanasia hosted by Lubavitch British Columbia and attended by over 300 members of the medical

[Translation]

auparavant si bien que la seule chose qui conserve du sens devient un dernier acte de volonté. Si on peut dépasser cette notion erronée, alors nous pourrions calmer vos craintes.

M. Benson: Tout à l'heure, le docteur Keon a abordé cette même considération. Est-ce que la demande a une base pathologique? Aucun médecin ne dirait à un patient manifestement mentalement incompetent: «Je vais respecter votre demande d'interruption du traitement».

Votre comité doit examiner de très près les faits et les recherches médicales, ou peut-être réclamer des recherches plus poussées sur cet aspect, soit la question de savoir si la demande de suicide comporte une composante pathologique. Pour autant que l'on sache, cette demande de suicide peut être inhérente à la nature de la maladie. Le rôle de la médecine à cet égard devient très important. Si les demandes de suicide ont leur origine dans un état pathologique, la réaction à donner peut avoir une composante médicale.

La présidente: Docteur Lane, vous avez mentionné tout à l'heure une étude faite aux Pays-Bas auprès d'étudiants en sciences économiques et d'un questionnaire. Pourriez-vous nous donner les références tout à l'heure? Je vous remercie.

Je vous remercie tous de votre témoignage.

Notre prochain témoin est un représentant de la *Lubavitch Organization for Jewish Development*.

M. Yoseph Thompson, directeur du développement, Central Organization for Jewish Education, Lubavitch British Columbia: Bonjour, madame la présidente et mesdames et messieurs les membres du comité.

Lubavitch British Columbia est l'organisation qui représente dans l'Ouest du Canada le mouvement Lubavitch mondial. Celui-ci était dirigé, jusqu'en janvier de cette année, par le Rebbe Lubavitch, feu le rabbin Mendel Schneersohn.

Lubavitch British Columbia joue un rôle actif dans tous les domaines de la vie juive: l'éducation de milliers d'adultes et d'enfants chaque année, les services d'extension, le conseil familial, le conseil personnel, les visites aux malades, l'aide matérielle à ceux qui ont besoin de services de rétablissement, et cetera.

Les vues du mouvement sur des questions comme celles dont nous traitons aujourd'hui sont conformes à celles des autorités rabbiniques les plus éminentes de notre génération et enracinées dans la perspective traditionnelle de la Torah, ou perspective biblique.

Ainsi que je l'expliquerai plus en détail, *Lubavitch British Columbia* considère que la légalisation du suicide assisté présente un certain nombre de problèmes insurmontables. Je vais esquisser l'optique religieuse juive à ce propos, mais nous estimons que nombre des préoccupations de la profession médicale et du grand public sont valides. Ce mémoire s'inspire à la fois des vues de la profession médicale, de celles du grand public et de la religion juive. Un certain nombre des conclusions que je vais soumettre ont été tirées lors du Forum d'éthique médicale sur l'euthanasie, organisé par *Lubavitch British Columbia* et auquel ont assisté plus

[Text]

profession, general public, and clergy of several faiths. The Jewish Halachic, or legal, and Torah perspectives, have been prepared in consultation with several of the eminent Torah scholars. As well, we have taken into consideration the views expressed in the Classic Rabbinical Literature and the Response on Medical Ethics. The other points of view are derived from discussions with leaders in the medical bio-ethics field.

The problems perceived by the members of the medical profession vary according to their areas of involvement, be it patient care, policy, or medical ethics. In short, many of the medical professionals with whom we spoke believe that assisted suicide and euthanasia, once permitted, at whatever level and with whatever safeguards, will lead to an inevitable progression towards a less restrained endorsement of legalized euthanasia.

An additional issue is the very real possibility of conflict of interest amongst the patients' welfare, fiscal or societal pressure, and family influence. The physicians with whom we spoke also feel a conflict of interest may exist between their primary calling, which is to heal, and the actions required of them should euthanasia be legalized.

Some of the medical profession worry that they or their colleagues may act out of a sense of failure or fear. A few doctors also expressed the concern that, in order to gain employment or maintain their current positions, they may feel compelled to perform assisted suicides, even against their own moral convictions.

Members of the medical profession also expressed concerns over the right of the family to aid in the determination to end a life, due to the potential of abuse and external factors such as the family's own inability to deal with the patient's condition.

Most of the medical professionals with whom I spoke expressed the need for a far greater emphasis to be placed on hospice or palliative care. This includes a greater availability of such services, higher standards of service existing in facilities, greater flexibility in the use of alternative drugs, as well as more emphasis on continuing medical education in the areas of pharmacology and other advancements in pain management.

The Jewish Halachic viewpoint is very clear on what we are bound to do and refrain from doing. The beliefs are built on the Jewish tradition which teaches that the sanctity of human life, in fact all life, is paramount.

While it is not our objective to shape government policy and statute law so as to impose our own religious views upon society at large, we deeply believe that any movement towards legislation that will undermine the sanctity of life not only stands to violate the morals of religious tradition, but it sends a message that is profoundly dangerous to all society.

[Traduction]

de 300 membres de la profession médicale, du public en général, ainsi que des ministres du culte de plusieurs religions. Les points de vue juifs halachiques ou légaux et bibliques ont été élaborés en consultation avec plusieurs connaisseurs éminents de la Torah. Par ailleurs, nous avons pris en considération les vues exprimées dans la littérature rabbinique classique et la Réponse sur l'éthique médicale. Les autres points de vue sont tirés de discussions avec des chefs de file du domaine de la bioéthique médicale.

Les problèmes que perçoivent les membres de la profession médicale varient selon leur domaine d'activité, soit le traitement des patients, l'élaboration de politiques ou l'éthique médicale. Pour résumer, nombre des médecins avec lesquels nous avons parlé considèrent que le suicide assisté et l'euthanasie, une fois autorisés, à quelque niveau que ce soit et avec quelque garde-fou que ce soit, conduiront inévitablement à une progression vers une pratique beaucoup moins restrictive d'euthanasie légale.

Un problème additionnel est la possibilité très réelle d'un conflit d'intérêt entre l'intérêt du patient, les pressions financières ou sociales et l'influence familiale. Les médecins avec lesquels nous avons parlé ont jugé qu'un conflit d'intérêt pourrait exister entre leur vocation première, celle de soigner, et les actes qui seront exigés d'eux si l'euthanasie devait être légalisée.

Certains médecins craignent qu'eux-mêmes ou leurs collègues ne soient mus par un sentiment d'échec ou de crainte. Certains craignent également que, pour obtenir un emploi ou conserver leur poste actuel, ils se sentent contraints de pratiquer des suicides assistés, même contre leurs convictions morales personnelles.

Des membres de la profession médicale se sont également dits inquiets quant au droit de la famille à contribuer à la décision de mettre fin à une vie, en raison des risques d'abus et de facteurs externes tels que l'incapacité propre de la famille à affronter l'état du patient.

La plupart des médecins avec lesquels j'ai parlé ont dit qu'il fallait mettre davantage l'accent sur les soins en hospice ou palliatifs. Cela recouvre une plus grande disponibilité de tels services, des normes de service supérieures dans les établissements de soins, une plus grande flexibilité dans l'usage de médicaments non traditionnels, ainsi que la nécessité d'une éducation médicale permanente pour tenir les médecins informés des progrès de la pharmacologie et de la suppression de la douleur.

Le point de vue juif halachique est très clair sur ce que nous devons faire et ne devons pas faire. Ces croyances sont ancrées dans la tradition juive qui professe le caractère sacré de la vie humaine, de fait de toute vie.

Bien que notre objectif ne soit pas de façonner la politique gouvernementale et la législation d'une manière qui imposerait nos croyances religieuses à toute la société, nous sommes persuadés que tout changement législatif qui amoindrirait le caractère sacré de la vie non seulement serait une violation de la morale religieuse mais aussi enverrait à toute la société un message profondément dangereux.

[Texte]

Prior to entering into the discussion, perhaps a brief understanding of the three quick definitions might help. First, the fundamental principles of the sanctity of life, which I will mention a few times within this brief, is defined by us as the essence of life which itself flows from a Divine Creator who we recognize as the Almighty and others recognize under a different name.

Life was blown into man by God. Every moment of a human life is of infinite value. The value of life itself is infinite. Any attempt to depreciate the value of any time segment of a life destroys the absolute value of the entire life. An attempt to shorten the life of a dying patient because that life is no longer considered to be worth living will destroy the infinite and inestimable value of all human life in the eyes of society.

Second, there is the definition of life itself. The technical definition according to Jewish law is that a person who exhibits respiration and heartbeat, whether it be assisted or unassisted, is deemed to be with life. This definition is not based on brain activity, as may be seen in modern medical thought, but is based rather on biological function.

Lastly, there is the question of competence. This seems key to the issue we are discussing. There is considerable discussion of this issue in the brief, but, in short, we consider competence to be the level of comprehension and understanding of the consequence of an action taken. It may be viewed in the aspect of proof of cognizance or lack thereof, depending on whether one wishes to support the request for suicide or to remove the life-support of a noncommunicative patient.

A number of specifics came out of the discussion of euthanasia for the mentally competent, not the least of which was the definition of competence itself. As previously mentioned, a serious difficulty surrounds the determination of an individual's mental competence. Grievously ill people, especially those in life-and-death situations, experience emotional stress arising from chronic pain, fear of death, fear of the dying process and the loss of human dignity, family and social pressure including the loss of self-image, depression as a side-effect of medication, a change in personal circumstances, in addition to the organic effects of illness. Any one of these problems is difficult to endure. In combination, they may overwhelm the individual who is trying to make a clear and cognizant decision regarding continuation of his or her life.

From a legal point of view, the concept of competence is very complicated and perhaps hopelessly entangled. It is an accepted principle in British law that incapacity in one area does not necessarily imply incapacity in another. As one English judge observed:

One cannot consider soundness of mind in the air, so to speak, but only in relation to the facts and subject-matter of the particular case.

[Translation]

Avant d'entamer la discussion, il serait utile de donner rapidement trois définitions. Premièrement, le principe fondamental du caractère sacré de la vie, que je mentionnerai à plusieurs reprises dans ce mémoire, nous le définissons comme étant l'essence de la vie, qui elle-même dérive d'un Créateur divin que nous reconnaissons comme le Tout-Puissant et que d'autres appellent d'un nom différent.

La vie a été insufflée à l'homme par Dieu. Chaque moment d'une vie humaine possède une valeur infinie. La valeur de la vie elle-même est infinie. Tout ce qui déprécie la valeur de toute portion d'une vie détruit la valeur absolue de toute cette vie. Toute tentative de raccourcir la vie d'un patient moribond parce que cette vie n'est plus considérée comme valant d'être vécue détruira la valeur infinie et inestimable de toute vie humaine aux yeux de la société.

Deuxièmement, il y a la définition de la vie elle-même. La définition technique, selon la loi juive, est qu'une personne qui respire et dont le coeur bat, que ce soit avec ou sans assistance, est réputée vivante. Cette définition ne repose pas sur l'activité cérébrale, comme dans la médecine moderne, mais plutôt sur la fonction biologique.

Enfin, il y a la question de la compétence, qui semble au coeur de la question dont nous débattons. Le mémoire s'y attarde longuement, mais en bref nous considérons la compétence comme étant la faculté de comprendre la conséquence d'une action entreprise. On peut l'appréhender sous l'angle d'une preuve de la conscience ou de l'absence de conscience, selon qu'il s'agit d'une demande de suicide ou du débranchement des systèmes de maintien en vie d'un patient incapable de communiquer.

Le débat sur l'euthanasie de personnes mentalement compétentes fait ressortir un certain nombre d'éléments particuliers, dont le moindre n'est pas la définition de la compétence elle-même. Ainsi que je l'ai mentionné, la détermination de la compétence mentale ne va pas sans difficultés graves. Des personnes gravement malades, particulièrement celles en situation de vie ou de mort, subissent un stress émotionnel résultant de la douleur chronique, de la peur de la mort, de la peur du passage de la vie à la mort, de la perte de la dignité humaine, des pressions familiales et sociales dont l'altération de l'image de soi, la dépression causée par des médicaments, le changement de la situation personnelle, en sus des effets organiques de la maladie. Chacun de ces problèmes, à lui seul, est difficile à endurer. Lorsqu'ils sont conjugués, ils peuvent submerger l'individu qui cherche à prendre une décision claire et consciente concernant la poursuite de sa vie.

Juridiquement, la notion de compétence est très complexe et peut-être impossible à démêler. Il est un principe admis en droit britannique que la compétence dans un domaine n'implique pas nécessairement la compétence dans un autre. Ainsi qu'un juge anglais l'a fait observer:

On ne peut considérer la compétence mentale dans l'abstrait indépendamment des faits et circonstances du cas d'espèce.

[Text]

In other words, competence must be defined according to the legal category in which we seek the definition. For the issue of euthanasia, we must first determine in which legal category competence is to be sought: criminal, contractual, testacy, or intent in torts.

The concept of competence or incompetence will only be given legal weight after the gravity and the seriousness of assisted suicide has been set and agreed upon by society. This agreement will be determined by the moral and ethical principles in which that society functions. In fact, to a certain extent, the issue of competence or incompetence is deceiving. The real issue behind this aspect of euthanasia is the gravity of the decision and the consequences of the actions of the individual seeking to be determined competent or incompetent, as well as those assisting them. Therefore, there exists a need for the law to determine the degree of diminution of mental capacity which is accepted for a cognizant person to end his or her life. The law must also determine the degree of incompetence required for an incapacitated patient to have third-party intervention.

In determining the various degrees of competence, there arises the concern as to the respect required for living wills, perhaps more accurately referred to as "dying wills". A moral dilemma is presented when one accepts the view that a predetermined statement of a person's desires for medical treatment on their being incapacitated must be observed as it represents their moral or religious beliefs during the healthy period of their life. It can also be reasonably argued, however, that until such an event occurs in a person's life, they are not fully aware of the implications of their decision. Therefore, is there an adequate level of competence at the point in time of making their living will, perhaps many years prior to the situation occurring, for a person to make an informed decision?

One might be inclined to suggest that a predetermined medical directive should bear weight only in relationship to the proximity of the directive's date and the time of the medical condition occurring. With no directive and a patient who is unable to communicate instructions, a third-party determination is needed. As I will explain, this, in and of itself, is fraught with problems.

We would hope that an expression of determination to prevent any hastening of death or removal of life support, and respect for religious belief, would be accepted. For the reasons laid out in this report, we feel society runs great risks and, in fact, lessens its moral strength should it recognize the request to terminate life or discontinue medical support. We have on one hand a will, a living will which requests death; on the other hand there are living wills which request life, the prevention of disconnection or termination. It might appear this is an irreconcilable difference.

[Traduction]

Autrement dit, la compétence doit être définie en fonction de la catégorie juridique dans laquelle on se place. Pour ce qui est de l'euthanasie, il faut d'abord déterminer dans quelle catégorie juridique on veut établir la compétence: pénale, contractuelle, testamentaire ou responsabilité civile, cette dernière exigeant la détermination de l'intention.

La notion de compétence ou d'incompétence n'aura de poids juridique qu'une fois que la société aura convenu de la gravité du suicide assisté. La gravité de cet acte sera déterminée par les principes moraux et éthiques sur lesquels cette société s'appuie. De fait, dans une certaine mesure, la question de la compétence ou de l'incompétence est une fausse piste. La véritable question que pose cet aspect de l'euthanasie est la gravité de la décision et les conséquences des actes de l'individu dont il s'agit de déterminer la compétence ou l'incompétence, ainsi que des actes des personnes qui l'assistent. Par conséquent, le droit doit déterminer le degré de diminution de la capacité mentale accepté pour qu'une personne consciente mette fin à sa vie. Le droit doit également déterminer le degré d'incompétence que doit manifester un patient pour qu'une tierce partie puisse intervenir.

Lorsqu'il s'agit de déterminer les divers degrés de compétence, il se pose la question du respect à accorder au testament biologique, qui mériterait peut-être mieux le nom de «testament de mort». Un dilemme moral surgit si l'on accepte l'idée qu'une déclaration prédéterminée du souhait d'une personne en matière de traitement médical en cas d'incapacité doit être observée puisqu'elle exprime ses croyances morales ou religieuses pendant la période de bonne santé de sa vie. Mais l'on peut arguer tout aussi raisonnablement que, tant qu'un tel événement ne survient pas dans la vie d'une personne, elle n'a pas pleinement conscience des répercussions de sa décision. Par conséquent, existe-t-il un niveau adéquat de compétence au moment de la rédaction du testament biologique, qui peut intervenir de nombreuses années avant l'événement anticipé, pour qu'une personne puisse prendre une décision en connaissance de cause?

On serait enclin à dire que le poids donné à une directive médicale prédéterminée est fonction du temps qui sépare la date de la directive et le moment où survient l'affection médicale. En l'absence de directive et devant un patient incapable de communiquer des instructions, l'intervention d'une tierce partie est nécessaire. Comme je vais l'expliquer, une telle intervention en soi présente de multiples problèmes.

Il est à espérer que l'expression d'une volonté d'empêcher tout avancement de la mort ou enlèvement des appareils de maintien en vie, ainsi que le respect des croyances religieuses, sera respectée. Pour les raisons indiquées ici, nous considérons que la société courrait de grands risques et, en fait, amoindrirait sa force morale si elle faisait droit à une demande de mettre fin à la vie ou d'interrompre le soutien médical. Nous avons d'une part un testament, un testament biologique, qui demande la mort; d'autre part il y a des testaments biologiques qui demandent la vie, la prévention du débranchement ou de l'interruption de traitement. Il semble qu'il y ait là une différence irréconciliable.

[Texte]

We would put forward a solution which is in keeping with hundreds of years of morally accepted behaviour. Any decision, whether it be to respect a living will or the need to make a determination with no known instructions, should be done only on the side of protection of life itself. Over the centuries, societies have used the protection of life as a keystone for their moral foundations. Any move away from this stance will endanger all of society and its values by undermining the fundamental principles of the sanctity of life and our responsibility to protect life.

Several members of the medical profession, including those who participated in our Medical Ethics Forum, have discussed with me the problems of objectively assessing a request for euthanasia. They feel that, when such a request is made by a patient, understanding how much of the decision is influenced by the depression and organic effects of the illness itself is extremely difficult. When the request to assist in the taking of a life comes from a family member, the physician must consider the possibility that it is an indication that the family themselves can no longer bear the suffering rather than an indication of the patient's feelings. The question was also raised by the physicians themselves as to whether they or their colleagues may accede to the request for euthanasia out of a feeling of helplessness and a need to do something more for the patient.

Dr. Scott Wallace, who I believe you will be hearing later on this week, describes euthanasia in such terms as "the ultimate act of compassion for his patients". We emphatically disagree with this premise. Should this indeed be the ultimate act of compassion, then it is a sad indictment indeed against the medical profession in particular, and society in general, for having failed to meet the needs of the chronically and terminally ill. Dr. Wallace's argument rather reminds me of Sir Walter Raleigh's comment as he felt the blade of the axe which was to remove his head:

'Tis a sharp remedy, but a sure one for all ills.

Indeed, if assisted suicide is the only relief for symptoms, discomforts, and pains of our chronic and terminal patients today, it is indeed too sharp a remedy and one that is the ultimate admission of failure.

Dr. Vincent Sweeny, who is the head of Medical and Bioethics at UBC as well as a neurologist in Vancouver, raised the clinical example of a case in which he was called upon to do a neurological evaluation on an elderly patient in a remote area in British Columbia. This patient was exhibiting the early symptoms of senile dementia but was in generally good condition. He was able to rationally formulate ideas and was cognizant of his surroundings. After doing the testing and evaluations and meeting again with the patient, the elderly gentleman asked, "It's Alzheimer's, isn't it?" Dr. Sweeny responded that Alzheimer is a difficult diagnosis to make, but that it certainly appeared that the patient had a certain level of senile dementia. Dr. Sweeny explained that this was a condition that would cause deterioration over a period of time.

[Translation]

Nous avançons une solution qui est conforme à la morale séculaire. Toute décision, qu'il s'agisse de respecter un testament biologique ou la nécessité d'agir sans instructions connues, ne devrait aller que dans le sens de la protection de la vie elle-même. Au fil des siècles, les sociétés ont fait de la protection de la vie la pierre angulaire de leurs fondements moraux. Toute dérogation à ce principe mettra en danger la société toute entière et ses valeurs, en sapant les préceptes fondamentaux que sont le caractère sacré de la vie et notre devoir de protéger la vie.

Plusieurs médecins, dont ceux qui ont participé à notre Forum sur l'éthique médicale, ont débattu avec moi du problème que représente l'évaluation objective d'une demande d'euthanasie. Ils considèrent que lorsqu'un patient présente une telle requête, il est extrêmement difficile de déterminer dans quelle mesure cette décision est influencée par la dépression et les effets organiques de la maladie. Lorsque la demande d'assistance au trépas émane d'un membre de la famille, le médecin doit considérer la possibilité que c'est là une indication de ce que la famille elle-même ne peut plus supporter la souffrance, plutôt qu'une indication de la volonté du patient. Les médecins eux-mêmes ont également soulevé la question de savoir si eux ou leurs collègues risqueraient d'accéder à la demande d'euthanasie suite à un sentiment d'impuissance et au besoin de faire quelque chose de plus pour le patient.

Le docteur Scott Wallace, que vous entendrez plus tard cette semaine, je crois, qualifie l'euthanasie d'«acte ultime de compassion pour ses patients». Nous rejetons catégoriquement cette prémisse. S'il devait effectivement s'agir de l'acte ultime de compassion, ce serait une bien triste condamnation de la profession médicale en particulier, et de la société en général, qui se montreraient ainsi incapables de répondre aux besoins des malades chroniques ou moribonds. L'argument du docteur Wallace me rappelle le mot de Sir Walter Raleigh alors qu'il éprouvait le tranchant de la hache qui allait le décapiter:

C'est un remède tranchant, mais infaillible, à tous les maux.

De fait, si le suicide assisté est le seul remède aux symptômes, à l'inconfort et à la douleur de nos malades chroniques et moribonds aujourd'hui, c'est un remède trop tranchant qui constitue l'aveu d'échec ultime.

Le docteur Vincent Sweeny, qui est le chef de la bioéthique à l'Université de la Colombie-Britannique et neurologue à Vancouver, a cité un exemple clinique où il a été appelé à effectuer une évaluation neurologique sur un patient dans une région isolée de la Colombie-Britannique. Le patient présentait les premiers symptômes de démence sénile mais était en bon état général. Il pouvait formuler rationnellement ses idées et avait conscience de ce qui l'entourait. Après avoir effectué les tests et évaluations, lors d'une nouvelle visite au patient, le vieux monsieur a demandé: «C'est la maladie d'Alzheimer, n'est-ce pas?» Le docteur Sweeny répondit que la maladie d'Alzheimer est difficile à diagnostiquer mais qu'il apparaissait certainement que le malade présentait un certain niveau de démence sénile. Le docteur Sweeny expliqua que cette maladie provoquerait une détérioration au fil du temps.

[Text]

The doctor asked what the patient would do now that he knew the diagnosis. This man and his wife had lived for many years in isolated and remote areas of the province, depending a great deal on each other and their resourcefulness and their abilities. The patient informed Dr. Sweeny that he wished to return to Vancouver and to live the rest of his years with his family near him, his children and grandchildren. After spending some time with the patient, Dr. Sweeny went to speak to the patient's wife, explaining the condition and its inevitable outcome. He asked the patient's wife what she anticipated they would do. She responded by saying they would remain in the home in which they had lived, and when his condition became sufficiently poor that he no longer had the quality of life she thought he wished, she would assist him with suicide and take her own life.

Dr. Sweeny used this as an example of one of the numerous times that the medical profession hears a very different view expressed by the patient and by family members. These ideas of the husband and wife could easily have been reversed. When we consider the decision to die, the informed decision is inevitably based on many influences. It is often not the simple or straightforward, clearly thought-out, logical decision that one might call an "unfettered resolution".

This story illustrates the difficulty of a patient alone, or the family and the patient together, deciding there is a specific time at which the patient's life should end, that point where life is no longer worth living. Such statements and such decisions clearly indicate a value judgment on life. The contemplation of suicide results from the determination that the quality of life is no longer of sufficient value or worth to continue with this existence. No one would assist a perfectly healthy individual end his or her life.

Should the patient, family, or society be allowed to make such value judgments on life, we fear that this will lead to an unacceptable but inevitable conclusion. If certain lives are deemed to no longer hold sufficient value, the result would be that scarce resources would not be allocated to extend such lives. We live in a society today which sees its health care system under financial pressures. On a daily basis, decisions are made that limit health care access for specific segments of the community, namely the elderly, the brain injured, and others. We have placed the physician in the role of gatekeeper for expenditures, as well as the administrator of medical treatment. Such responsibilities are a clear conflict of a physician's prior responsibilities: a duty to heal; to prolong life; and to care for the patient's wellbeing and physical comfort, including pain relief. Yet we are now considering compounding the problem by giving the same physician a key role in the taking of a life. It is our view that under no circumstances should a physician, or any other person, be allowed to legally fulfil the task of taking another's life.

With this lessening of the value of life, it is a very small step from voluntary euthanasia to enforced euthanasia. Placing into the hands of family, friends, or surrogate decision-makers the right to

[Traduction]

Le médecin demanda au patient ce qu'il comptait faire maintenant qu'il connaissait le diagnostic. Cet homme avait vécu avec sa femme pendant de nombreuses années dans des régions isolées et éloignées de la province, où ils dépendaient beaucoup l'un de l'autre et de leur savoir-faire et débrouillardise. Le patient informa le docteur Sweeny qu'il souhaitait rentrer à Vancouver et vivre le restant de ses jours auprès de sa famille, de ses enfants et petits-enfants. Après avoir passé quelque temps avec le patient, le docteur Sweeny alla parler à sa femme, lui expliquant la maladie et ses suites inévitables. Il demanda à la femme ce qu'elle comptait faire. Elle répondit qu'ils resteraient dans la maison où ils habitaient, et que lorsque son état deviendrait tel qu'il ne pourrait plus avoir la qualité de vie qu'il souhaitait, elle l'aiderait à se tuer et se tuerait elle-même.

Le docteur Sweeny utilisait cela comme un exemple des nombreux cas que la profession médicale rencontre où un patient et les membres de sa famille expriment des intentions très divergentes. En l'espèce, les idées du mari et de la femme auraient facilement pu être l'inverse. S'agissant de la décision de mourir, celle-ci est inévitablement la résultante de nombreuses influences. Souvent, il ne s'agit pas de la décision simple, mûrement réfléchie et logique méritant le qualificatif de « libre résolution ».

Cette histoire illustre bien la difficulté qu'il y a pour un patient seul, ou la famille et le patient ensemble, à décider qu'il y a un moment spécifique auquel la vie du patient devrait s'arrêter, le point auquel la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Ces déclarations et décisions reflètent manifestement un jugement de valeur sur la vie. La contemplation du suicide résulte de la détermination que la qualité de la vie n'est plus suffisante pour continuer à vivre. Nul n'aiderait un individu parfaitement sain à mettre fin à ses jours.

Si l'on autorisait le patient, la famille ou la société à formuler de tels jugements de valeur sur la vie, nous craignons que cela conduirait à une conclusion inacceptable, mais inévitable. Si l'on considérait que certaines vies ne présentent plus une valeur suffisante, il en résulterait que des ressources marquées par la rareté ne seraient plus attribuées à la prolongation de ces vies. Nous vivons aujourd'hui dans une société où le système de santé subit des contraintes financières. Chaque jour, des décisions sont prises qui limitent l'accès aux soins de santé de certains membres de la collectivité, à savoir les personnes âgées, ceux qui ont des lésions cérébrales et d'autres. On a imposé au médecin le rôle de gardien des dépenses, en sus de celui d'administrateur des soins. De telles responsabilités sont manifestement en conflit avec la responsabilité première du médecin: celle de soigner, de prolonger la vie, d'assurer le bien-être et le confort physiques du patient, y compris le soulagement de la douleur. Et pourtant, on envisage maintenant d'aggraver le problème en donnant au médecin un rôle clé dans l'enlèvement de la vie. Nous considérons qu'en aucune circonstance un médecin, ni aucune autre personne, ne devrait être autorisé légalement à enlever la vie d'autrui.

Avec cette dépréciation de la vie, il n'y a plus qu'un très petit pas à franchir entre l'euthanasie volontaire et l'euthanasie forcée. Remettre aux mains de la famille, d'amis ou de décideurs

[Texte]

determine the time of death of an individual brings into question the motives and integrity of the decision-makers.

We need only look at history to realize how often society has fallen from a moral height once it has removed the absolute bounds of the value of human life. Within the last 100 years, society has adopted a much more callous view of the aged and infirm. In 1905, Sir William Osler set the age of cessation of creativity and the onset of comparative uselessness in men at the age of 40.

Ernst Haeckel, a leading German biologist, recommended that hundreds of thousands of useless persons be rapidly poisoned. Society willingly adopted the moral philosophy that each citizen was accountable for putting his lifetime to socially productive and profitable use. Germany, from 1918 until 1939, legalized the enforced sterilization of those socially or genetically inferior. This led to euthanasia for the mentally competent and incompetent. Germany extended this to such levels as the killing of the mentally ill, physically disabled, and those who the society determined not to have a life of social value. This was explained as the removal of "empty eaters — unworthy of life". The people in question were the mentally retarded and psychologically disturbed adults, deaf-mute and blind individuals, tubercular patients, welfare recipients, severely wounded soldiers, and the inmates of nursing homes, totalling 70,273 people in the years 1939 to 1941.

The history of the medical profession's involvement in atrocities such as high altitude and hypothermia experiments on the population of concentration camps demonstrates the ultimate potential for abuse which results from the loss of respect for human life. The fact that these experiments were fatal to the victims of the concentration camps held no moral suasion with the physicians, society, or government at the time. The inmate's lives simply held no redeeming social value.

At the Nuremberg trials, 20 physicians were accused of medical atrocities. Three of these physicians — Berlin paediatrician, Ernst Wetzler; child psychiatrist, Hans Heinze; and paediatric neurologist, Werner Catel — were responsible for the deaths of at least 10,000 infants, children, and teenagers, murdered by using carbon monoxide gas, deep sedation, starvation, and lethal injections.

Of the 80,000 or so physicians in Germany during the Nazi period, more than 38,000 were members of the Nazi Party. More than 7 per cent of all physicians had joined the SS, in comparison to 0.5 per cent of the general population. It is important to note that no euthanasia law was ever formally enacted in the Third Reich. The Nazis did this, to a large extent, by charging the physicians to care for the societal good rather than the interest of the individual patient. Physicians were empowered to carry out mercy killings, but were never obliged to do so.

These views were not confined solely to nations such as Nazi Germany. Distinguished American scientists, such as W.G. Lennox and Foster Kennedy, advocated euthanasia for retarded

[Translation]

subrogés le droit de déterminer le moment de la mort d'un individu met en question les motifs et l'intégrité des décideurs.

Il suffit de regarder l'histoire pour voir avec quelle fréquence la société est tombée de sa hauteur morale une fois qu'elle a nié la valeur absolue de la vie humaine. Depuis une centaine d'années, la société a adopté une conception beaucoup plus brutale de l'âge et de l'infirmité. En 1905, Sir William Osler a fixé à 40 ans chez l'homme l'âge de la cessation de la créativité et du début de l'inutilité relative.

Ernst Haeckel, un éminent biologiste allemand, a recommandé que des centaines de milliers de personnes inutiles soient massivement empoisonnées. La société a embrassé la philosophie morale voulant que chaque citoyen se devait de consacrer sa vie à une activité socialement productive et profitable. L'Allemagne, entre 1918 et 1939, a légalisé la stérilisation forcée des personnes jugées socialement ou génétiquement inférieures. Cela a conduit à l'euthanasie de personnes tant mentalement compétentes qu'incompétentes. L'Allemagne est allée jusqu'à tuer les malades mentaux, les invalides et tous ceux que la société considérait comme ne possédant pas de valeur sociale. On expliquait cela comme étant l'élimination de «parasites ne méritant pas de vivre». Les victimes étaient les adultes attardés mentaux et psychologiquement dérangés, les sourds-muets et aveugles, les tuberculeux, les assistés sociaux, les soldats gravement blessés et les pensionnaires d'asiles de vieillards, soit 70 273 personnes entre 1939 et 1941.

La participation de la profession médicale à des atrocités telles que des expériences de haute altitude et d'hypothermie menées sur la population des camps de concentration démontre les abus ultimes qui peuvent résulter de la perte du respect pour la vie humaine. Le fait que ces expériences étaient fatales aux victimes des camps de concentration ne représentait pas un empêchement moral aux yeux des médecins, de la société ou du gouvernement de l'époque. La vie des détenus ne présentait tout simplement aucune valeur sociale rédemptrice.

Au procès de Nuremberg, 20 médecins ont été accusés d'atrocités médicales. Trois d'entre eux (le pédiatre berlinois Ernst Wetzler, le psychiatre pour enfants Hans Heinze et le neurologue pédiatre Werner Catel) étaient responsables de la mort d'au moins 10 000 nourrissons, enfants et adolescents, assassinés par empoisonnement à l'oxyde de carbone, administration massive de sédatifs, privation de nourriture et injections mortelles.

Sur les quelque 80 000 médecins que comptait l'Allemagne pendant la période nazie, plus de 38 000 étaient membres du Parti national socialiste. Plus de 7 p. 100 de tous les médecins sont entrés dans les SS, comparé à 0,5 p. 100 de la population générale. Il importe de signaler qu'aucune loi sur l'euthanasie n'a jamais été officiellement promulguée par le Troisième Reich. Les Nazis s'en remettaient, dans une large mesure, aux médecins pour privilégier le bien social aux dépens du patient individuel. Les médecins avaient pouvoir de «tuer par compassion», mais n'ont jamais été obligés de le faire.

De telles conceptions n'étaient pas limitées à des pays tels que l'Allemagne nazie. D'éminents scientifiques américains, tels que W.G. Lennox et Foster Kennedy, préconisaient l'euthanasie des

[Text]

children as late as 1942. It was estimated that, between the years 1909 and 1929, 15,000 people were involuntarily sterilized in the United States, mainly prisoners and those in mental homes.

We are not drawing a parallel between this debate and the atrocities of the Nazi era. We are also not trying to equate the actions of doctors in the past to those facing our physicians today. We do, however, think there is a lesson to be learned as to what can occur when a society accepts the moral correctness of a diminished value of life for segments of that community.

Additionally, while we look at our medical professionals as, hopefully, above reproach and capable of making the difficult choices between life and death, we are contemplating giving an even greater responsibility and moral authority to the physician. Many of the doctors who participated in state-endorsed euthanasia were not the stereotypical monsters that one sees in the movies, but rather professionals who believed in the philosophy of the national socialist eugenics and racial programs. There is irrefutable proof that, given the wrong circumstances, even those we most trust can be led to commit the greatest horrors.

This historical perspective also leads one to review the more recent developments in Holland over the last 20 years. The Dutch government, while retaining the legal censure on euthanasia, allowed the practice of assisted suicide to the mentally competent. Promises were made that under no circumstances would this legal slight of hand lead to the eventual euthanasia of the mentally incompetent. However, a very few years after the initial legislation was enacted, killing of the mentally incompetent with the involvement of third parties is now practised. In fact, there are reports such as Oldish, Shephard and Dersma, 1994, which suggest that six out of ten people who are assisted to die are assisted in doing so without there being an explicit request to die.

The Chairman: Can you give us that citation?

Mr. Thompson: I will give you that citation. Actually, that will be coming to you from another organization as well, I believe.

Given all the cases and examples, what is clearly needed in Canada is far greater emphasis on palliative care, counselling, and pain management. While we would not presume to suggest to this committee ways in which all of these steps can be dealt with, we would strongly endorse positive, effective and immediate action.

One clear solution to this is to increase the funding allocated to hospice institutions or hospitals which offer hospice or palliative care. These institutions cannot be second-rate excuses for a place in which to hide from society those who are in the final stages of this life. As David Callahan said:

It would not be necessary even to conceive of a hospice movement, a separate system of caring for the dying; that

[Traduction]

enfants attardés jusqu'en 1942. On estime qu'entre 1909 et 1929, 15 000 personnes ont été stérilisées de force aux États-Unis, principalement des détenus et des pensionnaires d'asiles psychiatriques.

Nous n'établissons pas de parallèle entre le débat présent et les atrocités de la période nazie. Nous n'assimilons pas non plus les actes des médecins du passé à ceux auxquels les médecins d'aujourd'hui sont confrontés. Cependant, nous pensons qu'il y a une leçon à tirer quant à ce qui peut arriver lorsqu'une société accepte comme moralement correcte la dépréciation de la vie de certaines catégories de personnes.

En outre, si nous aimons considérer nos professionnels médicaux comme au-dessus de tout reproche et capables de faire les choix difficiles entre la vie et la mort, nous envisageons de confier une responsabilité et une autorité morale encore plus lourdes aux médecins. Nombre des médecins qui ont participé à l'euthanasie étatique n'étaient pas les monstres stéréotypés que l'on voit au cinéma, mais plutôt des professionnels qui adhéraient à la philosophie de l'eugénisme et du racisme national socialiste. Il existe des preuves irréfutables que, dans des circonstances défavorables, même ceux auxquels nous faisons le plus confiance peuvent se laisser aller à commettre les plus grandes horreurs.

Cette perspective historique nous amène également à nous interroger sur l'évolution plus récente intervenue en Hollande au cours des 20 dernières années. Le gouvernement néerlandais, tout en continuant à interdire l'euthanasie, a autorisé l'assistance au suicide de personnes mentalement compétentes. Il a promis qu'en aucun cas ce tour de passe-passe juridique ne déboucherait sur l'euthanasie de personnes mentalement incompetentes. Aujourd'hui cependant, très peu d'années après la promulgation de cette loi, on tue des personnes mentalement incompetentes sur l'intervention de tierces parties. De fait, certains rapports, comme celui de Oldish, Shephard et Dersma de 1994, indiquent que six personnes sur dix que l'on aide à mourir n'ont exprimé aucune requête explicite en ce sens.

La présidente: Pouvez-vous nous donner cette référence?

M. Thompson: Je vais vous donner la référence. En fait, elle vous sera citée également par une autre organisation, je crois.

Étant donné tous ces précédents et ces exemples, il importe manifestement au Canada de mettre davantage l'accent sur les soins palliatifs, le counselling et la gestion de la douleur. Sans prétendre être en mesure de proposer au comité des mesures concrètes en ce sens, nous pensons qu'une action positive, efficace et immédiate s'impose.

Une solution évidente à cet égard serait d'accroître les crédits alloués aux hospices ou aux hôpitaux qui offrent des services d'hospice ou palliatifs. Ces établissements ne peuvent être des endroits de deuxième catégorie où l'on cache hors de la vue de la société ceux arrivés au dernier stade de la vie. Ainsi que l'a exprimé David Callahan:

Il ne serait pas nécessaire de concevoir un réseau d'hospices, un système distinct d'accueil des mourants; ce serait un

[Texte]

would be taken for granted as central to the enterprise of medicine itself, not a specially constructed sideshow, out of sight of the main tent.

Clearly, an increased emphasis on hospice care presents financial concerns. We feel, however, that society cannot afford to ignore what is an obvious lack in our current health care system. By placing people in more appropriate institutional settings or in supportive home care environments, we can relieve some of the misuse of acute care beds and their associated costs. The participation of trained volunteers in such programs can limit the financial burden. Finally, there is a great need to liberalize the attitudes of society in general, and some segments of the medical profession in particular, as to the use of all effective medications, regardless of their unfortunate social histories.

It is interesting to note that, in a nonrandom polling of over 40 members of the medical profession, either physicians or nurses, approximately 70 per cent of the doctors were adamantly opposed to any form of assisted suicide, while approximately 65 per cent of the nurses were in favour. Granted, while we are not a national polling organization and this was not done with the best of scientific methods, this represented a rather fair cross-section of the community of all religions and all stripes.

After discussion with the members of both groups once these figures were available, some basic patterns of thought emerged. The nurses on the whole, due to their close and more constant patient-caregiver relationship, found the suffering of the terminally and chronically ill to be of the greatest concern to them. Their responsibility, however, is less than that of the attending or consulting physician for the long-term treatment or consequences for other patients once protocol is established. By this we mean that most of the physicians expressed difficulty with responsibility for direct action in these cases being placed upon their shoulders, particularly in consideration of any precedents they may set. Additionally, the doctors felt that their understanding of the patient in terms of previous medical relationship and long-term prognosis gave them a more complete vantage point to comment on the issue, and thereby a greater responsibility.

The Chairman: Mr. Thompson, we will have to ask you to condense the remainder of your brief before us because we would like to have an opportunity to ask some questions.

Mr. Thompson: In brief, the last section of the presentations deals with the Jewish Halachic perspective. Judaism is made up of several diverse elements. I speak from the Orthodox perspective, or what perhaps should more correctly be called the "Traditional" or "Torah" perspective.

In short, any precipitous action that would be taken that would result in the premature demise of the patient is forbidden. There is now some discussion as to exact responsibilities and consequences. This is basically a fundamental, unalterable belief. Classical Judaism traditionally espouses the fundamental principle of the infinite value and sanctity of all life. It speaks only in the most remonstrative terms of actions by anyone for any reason that

[Translation]

régime de soins allant de soi, inhérent à la pratique médicale, et non un à-côté aménagé à l'écart de la scène principale.

Certes, cela n'ira pas sans coûts supplémentaires. Mais nous estimons que la société ne peut se permettre d'ignorer une lacune aussi criante de notre système de santé actuel. En plaçant les mourants dans un cadre institutionnel approprié ou en les assistant à domicile, on pourra faire un meilleur usage des lits de soins actifs qui coûtent très cher. La participation de bénévoles spécialement formés à de tels programmes peut réduire le fardeau financier. Enfin, il importe de libéraliser l'attitude de la société en général, et de certains membres de la profession en particulier, quant à l'usage de tous les médicaments efficaces, quelle que soit leur histoire sociale regrettable.

Il est intéressant de noter que, dans un sondage non aléatoire de plus de 40 membres de la profession médicale, soit des médecins et des infirmières, près de 70 p. 100 des médecins se sont dits fermement opposés à toute forme de suicide assisté, alors qu'environ 65 p. 100 des infirmières y étaient favorables. Certes, nous ne sommes pas un institut de sondage et nous n'avons pas eu recours aux meilleures méthodes scientifiques, mais cet échantillon était relativement représentatif de la profession, toutes religions et croyances confondues.

Un entretien au sujet de ces chiffres avec des membres des deux groupes a permis de dégager certaines façons de voir les choses. Les infirmiers et infirmières, dans leur ensemble, et en raison de leurs contacts étroits et plus fréquents avec les malades, sont préoccupés principalement par la souffrance des malades chroniques et mourants. Cependant, ils ont une moindre responsabilité que le médecin à l'égard du traitement à long terme ou des conséquences pour les autres patients une fois les protocoles de traitement établis. Nous entendons par là que la plupart des médecins se sont montrés réticents à assumer la responsabilité directe de telles mesures, d'autant plus que leurs décisions risquent d'être érigées en précédents. En outre, les médecins estiment que leur connaissance du passé médical du patient et de son pronostic à long terme leur donne une meilleure faculté de se prononcer, et donc une plus grande responsabilité.

La présidente: Monsieur Thompson, nous allons devoir vous demander de condenser le restant de votre mémoire car nous aimerions avoir la possibilité de vous poser quelques questions.

M. Thompson: En bref, la dernière partie de la présentation traite de l'optique juive halachique. Le judaïsme comporte plusieurs courants. Je me place dans la perspective orthodoxe, c'est-à-dire dans la perspective «traditionnelle», celle de la Torah.

En bref, toute mesure précipitée susceptible d'entraîner le décès prématuré du patient est interdite. Il y a actuellement un débat sur les responsabilités et conséquences précises. Mais il s'agit là pour nous d'une croyance fondamentale, inaltérable. Le judaïsme classique épouse traditionnellement le principe fondamental de la valeur infinie et du caractère sacré de toute vie. Il réproche de la manière la plus ferme tout acte commis par quiconque et pour

[Text]

would undermine the fundamental principles of the sanctity of life. Man does not possess absolute title to his life or body.

It is undeniable that, as Jews, we speak as a people decimated only 50 years ago by a society which endorsed the civilized practice of mercy killing and mass extermination of millions of human beings who were deemed physically or racially inferior. It makes us particularly sensitive to any attempt to legislate or legalize actions which could diminish the ultimate protection of life, especially when accompanied by the argument of diminished life value or life quality.

Jewish law allows the breaking of every other law in Judaism in order to save a life. The deliberate hastening of any patient's demise is prohibited as murder. There is no mitigation found for the circumstances surrounding the motivation of the person carrying out the act. As it is said in the Talmud, Tractate Sanhedrin:

Therefore only a single human being was created in the world to teach that if any person has caused a single soul... to perish, scripture regards him as if he had caused an entire world to perish; and if a human being saves a single soul... scripture regards him as if he had saved an entire world.

Dr. J. David Bleich writes:

Human life is not a good to be preserved as a condition of other values but an absolute, basic, and precious good in its own right. The obligation to preserve life is commiserately all encompassing.

The other important point to understand is that Judaism's view of euthanasia in any form is that it is murder. Often, in the general discussion of this issue, it is not thought of in terms of murder. It is not looked at in the form of jealousy, or hatred, or anger. It is frequently said to be one of the kindest acts one can perform. As Dr. Bleich goes on to say:

Despite the noble intent which prompts such an action, mercy killing is proscribed as an unwarranted intervention in an area which must be governed only by God Himself. The life of man may be reclaimed only by the Author of Life.

Secular governments have applied many and varied terms to this act. Judaism has no such irresolution. Euthanasia is not permitted. The assisting of suicide is also not permitted. It comes down to three very short and basic areas. No medication, which would include IV, pressor drugs, oxygen, respiration, or any treatments that sustain life, may be withdrawn. Needless to say, if you cannot withdraw the treatment, you certainly cannot induce a direct element into the person to cause death.

The only area in which there is some flexibility in Jewish law is in the case of someone in the final stages of death, someone who is in *gosses*, within 72 hours of their final demise and who is exhibiting symptoms of the final stages of death. In that case, there is no requirement to extend or prolong the pain. There is an

[Traduction]

quelque raison que ce soit qui saperait le principe fondamental du caractère sacré de la vie. L'homme n'a pas la propriété absolue de sa vie ou de son corps.

Il est indéniable que, en tant que juifs, nous nous plaçons dans la perspective d'un peuple décimé il y a 50 ans à peine par une société qui souscrivait à la pratique civilisée de l'euthanasie et de l'extermination de masse de millions d'êtres humains jugés physiquement ou racialement inférieurs. Cela nous rend particulièrement sensibles à toute légalisation d'actes susceptibles de réduire la protection ultime de la vie, particulièrement lorsqu'elle est sous-tendue par une argumentation axée sur la valeur ou la qualité réduite de la vie.

La loi juive permet que toute autre loi soit enfreinte dans le but de sauver une vie. Le fait d'accélérer délibérément le trépas de tout patient est assimilé à un meurtre. Aucune circonstance atténuante n'est admise. Comme il est dit dans le livre Sanhedrin du Talmud:

Aussi, un seul être humain a été créé pour enseigner au monde que si toute personne [...] fait périr une seule âme, l'écriture le considère comme s'il avait fait périr tout un monde; et si un être humain sauve une seule âme [...] l'écriture le considère comme s'il avait sauvé tout un monde.

Le docteur J. David Bleich écrit:

La vie humaine n'est pas un bien à préserver en tant que condition d'autres valeurs, mais comme un bien absolu, fondamental et précieux en soi. L'obligation de préserver la vie est miséricordieusement globale.

Un autre élément important à considérer est que le judaïsme assimile l'euthanasie, sous quelque forme que ce soit, au meurtre. Souvent, dans une discussion générale sur cette question, elle n'est pas appréhendée en tant que meurtre. Elle n'est pas considérée au même niveau que la jalousie, ou la haine ou la colère. Elle est fréquemment considérée comme l'un des plus grands actes d'amour que l'on puisse accomplir. Mais, comme l'ajoute le docteur Bleich:

En dépit de la noble intention qui motive un tel acte, tuer par compassion est une intervention injustifiée dans un domaine qui ne peut être régi que par Dieu lui-même. La vie de l'homme ne peut être reprise que par le Créateur de la vie.

Les gouvernements séculiers ont donné des qualificatifs divers à cet acte. Le judaïsme n'a pas ces hésitations. L'euthanasie n'est pas permise. L'aide au suicide n'est pas permise. Aucun médicament, ce qui englobe la transfusion intraveineuse, les médicaments presseurs, l'oxygène, la respiration ni aucun autre traitement qui maintient la vie ne peut être supprimé. Inutile de le dire, si on ne peut interrompre le traitement, on peut encore moins induire directement la mort.

La seule flexibilité que laisse la loi juive intéresse le dernier stade de la vie, le *gosses*, c'est-à-dire les 72 heures avant le trépas, lorsque la personne présente les symptômes de l'agonie. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de prolonger la souffrance. Il y a une obligation de guérir, il n'y a pas d'obligation de prolonger la

[Texte]

obligation to heal; there is no obligation to prolong the suffering. Invasive procedures, extraordinary treatments or highly suspect treatments may not be performed. It is a question of allowing the natural ebbing of life forces to leave the person. We are not attempting to retain this person for as long as possible. We are seeking to give the treatment that is available.

I will leave the honourable members of the committee to look through the section in this brief which deals with three issues that Professor Charlotte Goldberg, Loyola Law School in Los Angeles, raises. I will leave you a copy of the *Syracuse Law Review* in which her article "Choosing life after death: Respecting religious beliefs and moral convictions in near death decisions" appears. It deals with the morals and religious beliefs of those people who would normally be determined as having expired. It covers the additional areas of determination of brain death. In Judaism, a flat EEG does not suffice. It must be the cessation of brain stem activity which is exhibited by a cessation of respiration and cardio function over an extended period of time. In her report she describes three possible situations and three possible ways of recognizing and respecting the patient's right, the responsibility of the hospital, as well as the family.

I would just touch on the administration of pain medication which may have a deleterious effect on the patient. In that regard, most people think of morphine. Sufficient levels of morphine can dangerously depress the respiratory system, particularly if given in large enough doses over an extended period of time. Judaism's view of this is that, as long as one is treating the pain and the suffering of the patient, the consequences of that are secondary.

It might seem that the Jewish law takes a very harsh and rather forbidding stance. You might be tempted to conclude that Jewish law manifests an indifferent attitude towards the plight of the individual. This is really not the case. It is important that we recognize quite the contrary. Jewish law is motivated first and foremost as concern and solicitude for all living creatures. It is this extreme concern for man's inalienable right to life, both actual and potential, that permeates many of these decisions.

In conclusion, there are many compelling and irreconcilable problems in the legalizing of assisted suicide and euthanasia. Many of the medical profession's concerns, as well as the views of the general public, are fraught with difficulties. As I initially stated, it is not our desire to impose Jewish law on the general society. However, it should be remembered that for hundreds of years western society has based its moral and ethical principles on the tenets of the Jewish legal and moral code, often referred to as the "Judaic-Christian" moral code. The influence of Jewish moral foundations can be seen in the works of St. Augustine and the fourth century philosopher St. Thomas Aquinas in which they speak directly on these issues and refer directly to the Jewish foundations.

From the various specific aspects of this debate, the principle concerns could be listed as follows: conflict of interest between the traditional role of the physician and the proposed new courses of action; the potential for abuse and conflict of interest in the

[Translation]

souffrance. Il n'est pas licite de recourir à des procédures effractives, à des traitements extraordinaires ou hautement suspects. Il s'agit d'autoriser le reflux naturel des forces vitales de la personne. Nous ne cherchons pas à maintenir la personne en vie aussi longtemps que possible. Nous cherchons à administrer les soins qui sont disponibles.

Je vais laisser les honorables membres du comité lire la partie du mémoire qui traite des trois questions que soulève la professeure Charlotte Goldberg, de la *Loyola Law School* de Los Angeles. Je vous laisse une copie de la *Syracuse Law Review* qui contient son article *Choosing Life after death: Respecting religious beliefs and moral convictions in near death decisions*. Il traite des croyances morales et religieuses de ceux que l'on considère normalement comme ayant trépassé. Il couvre des questions additionnelles telles que la détermination de la mort cérébrale. Pour le judaïsme, un EEG plat ne suffit pas. Il faut la cessation d'activité du tronc cérébral qui se manifeste par la cessation de la respiration et de la fonction cardiaque pendant un temps prolongé. Dans son rapport, elle décrit trois situations possibles et trois façons possibles de reconnaître et de respecter les droits du patient, la responsabilité de l'hôpital, ainsi que celle de la famille.

Je vais simplement effleurer la question de l'administration d'analgésiques susceptibles d'avoir un effet délétère sur le patient. Les gens songent immédiatement à la morphine, à cet égard. Des doses suffisantes de morphine peuvent déprimer dangereusement le système respiratoire, particulièrement si elles sont administrées sur une période prolongée. Le point de vue du judaïsme à ce sujet est qu'aussi longtemps que l'on traite la douleur et la souffrance du patient, les conséquences sont une considération secondaire.

Il peut sembler que la loi juive adopte une position très dure et impitoyable. Vous pourriez être tentés de conclure qu'elle trahit une indifférence à l'égard de la souffrance de l'individu. Il n'en est pas ainsi, bien au contraire. La loi juive est motivée d'abord et avant tout par la sollicitude à l'égard de toute créature vivante. C'est ce souci extrême à l'égard du droit inaliénable de l'homme à la vie, tant actuelle que potentielle, qui imprègne chacune de ces décisions.

En conclusion, la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie présente quantité de problèmes incontournables et insurmontables. Bon nombre des préoccupations de la profession médicale, ainsi que du grand public, sont entachées de difficultés. Comme je l'ai dit au début, nous ne désirons pas imposer la loi juive à toute la société. Cependant, il ne faut pas oublier que pendant des siècles et des siècles, la société occidentale a fondé ses principes moraux et éthiques sur les préceptes du code juridique et moral juif, souvent qualifié de code moral «judo-chrétien». L'influence des fondements moraux juifs se manifeste dans les travaux de St-Augustin et de St-Thomas d'Aquin, le philosophe du IV^e siècle, qui traitent directement de ces questions et font référence directement aux fondements juifs.

On peut résumer les divers éléments de ce débat comme motivant les principales préoccupations suivantes: le conflit d'intérêt entre le rôle traditionnel du médecin et les nouvelles licences que l'on voudrait leur donner; le risque d'abus et de

[Text]

intervention of the third-party respondents on behalf of the patient; the complexity and almost endless variety of influences on the defining of competence or incompetence; and the potential for moral backsliding by society as a whole once the fundamental safeguards on the sanctity of life have been removed.

It would be a sad irony if, in this discussion of the alleviation of suffering, the position of the patient became reversed. We fear that, by legalizing euthanasia, society's social and economic pressures could force the aged, the infirm, and the incompetent to have to give daily justification of their right to live. It would be a tragedy if, in changing the legislation to legalize euthanasia as an act of mercy, we condemned a segment of our community to excusing their decision to live and to occupy a place within the health care system. Could today's campaign for the right to die become tomorrow's campaign for the right to live?

Additionally, there exists today the potential for some less than candid voices in society to achieve what we believe is a covert agenda. In order to show the progressive caring in our modern society, some are calling for legalization of euthanasia. We fear that amongst those earnest voices who feel they are promoting the most caring possible course of action there may be others that are less well-intentioned. These voices, in their endorsement of assisted suicide and promotion of it amongst the aged and ailing, have an ulterior motive. Society is facing an ever increasing tax burden, some as a result of health care costs required by an aging population and those afflicted by diseases such as AIDS. Some would use the debate surrounding euthanasia as a blind in order to legalize and indeed advocate the wilful killing of those who place an excessive financial burden on our tax system.

Ethics and morals, when left in the hands of humanity, often fall prey to the basest and most corrupt influences of society. When humanity in the past has looked to itself to set an ultimate moral code, we have always found that the rock of today becomes the shifting sands of tomorrow. As we have seen throughout the history of mankind, the definition of moral or immoral, ethical or unethical, right or wrong, has changed and moved at the whim of public opinion or social necessity. We need look back no further than the early half of this century, less than sixty years ago, to see the radical changes that have transpired in our views of right and wrong in government, society, and human rights.

There is, in our opinion, only one source of ethics and morals, and that is the Almighty. It is only through a higher moral code, one that reaches beyond the influences of the moral weaknesses of society, that we can find a straight and unobstructed moral path. Judaism believes most firmly that the life we have is one that is given to us in trust, to use, to grow with, and to return to its Creator at the time of the choosing of the Almighty. The thought that we should have the final decision, or worse perhaps, that others have the right to decide the time and place of our demise, is, to say the least, presumptuous.

[Traduction]

conflits d'intérêt inhérents à l'intervention de tierces parties au nom du patient; la complexité et les nuances presque infinies de la définition de la compétence ou de l'incompétence; et le risque d'une régression morale de la société dans son ensemble une fois supprimée la garantie fondamentale du caractère sacré de la vie.

Ce serait une triste ironie que ce débat sur l'atténuation de la souffrance aboutisse à une inversion de la situation du patient. Nous craignons que, en légalisant l'euthanasie, les pressions sociales et économiques ne contraignent les personnes âgées, les infirmes et les incompetents à devoir justifier quotidiennement leur droit de vivre. Ce serait une tragédie si, en légalisant l'euthanasie à titre d'acte de compassion, on condamne une partie de la collectivité à devoir justifier la décision de vivre et d'occuper une place dans les établissements de soins. La campagne actuelle pour le droit de mourir pourrait-elle devenir demain la campagne pour le droit de vivre?

En outre, il existe aujourd'hui le risque que certaines voix moins sincères que d'autres parviennent à réaliser ce que nous pensons être un programme caché. D'aucuns réclament la légalisation de l'euthanasie à titre d'avancée sociale dans notre société moderne. Nous craignons que, parmi ces voix sincères qui promeuvent ce qu'elles jugent être le plus grand acte de charité, s'en cachent d'autres moins bien intentionnées. Ces dernières, en souscrivant au suicide assisté et en le promouvant parmi les vieillards et les malades, ont un motif autre. La société est confrontée à un fardeau fiscal croissant, dont une partie résulte des soins de santé qu'exige une population vieillissante et les victimes de maladies telles que le sida. D'aucuns voudraient exploiter le débat sur l'euthanasie comme écran pour légaliser et même préconiser le meurtre délibéré de ceux qui imposent un fardeau financier excessif à notre système fiscal.

L'éthique et la morale, lorsqu'on les laisse aux mains de l'humanité, deviennent souvent la proie des influences les plus basses et les plus corrompues de la société. Chaque fois que, par le passé, l'humanité s'en est remise à elle-même pour fixer le code moral ultime, on a toujours constaté que le roc d'aujourd'hui devient le sable mouvant de demain. Comme on l'a vu tout au long de l'histoire de l'humanité, la définition de ce qui est moral et immoral, bien et mal, peut changer au gré de l'opinion publique ou de la nécessité sociale. Il n'est pas nécessaire de regarder plus loin que la première moitié de ce siècle, il y a moins de 60 ans, pour voir le changement radical qui s'est opéré dans notre conception de ce qui est bien et mal au niveau du gouvernement, de la société, et des droits humains.

Il n'existe, à notre sens, qu'une seule source de morale, et c'est le Tout-Puissant. Ce n'est que par un code moral supérieur, qui transcende les influences des faiblesses morales de la société, que l'on peut trouver un chemin moral droit et sans obstruction. Le judaïsme est ancré dans la conviction que notre vie nous est confiée en garde, afin que nous l'utilisions et la rendions au Créateur au moment choisi par le Tout-Puissant. L'idée que nous ayons le dernier mot, ou pire peut-être que d'autres aient le dernier mot quant au moment et au lieu de notre trépas est, pour le moins, présomptueuse.

[Texte]

We would ask this honourable committee to recommend that there should be no weakening in the moral fortitude of Canadian Law. Life is sacrosanct. The protection of life is the highest calling a government can answer. We ask that no change in the law be enacted that would see the legalization of assisted suicide and euthanasia. Rather, there should be a strengthened commitment to greater comprehensive services for the terminally ill and greater safeguards to protect the ultimate value of all life in Canada.

Senator Lucier: Mr. Thompson, I would like a clarification. On page 4 of your brief, the definition of life is given as:

A person who exhibits respiration and heartbeat, assisted or unassisted, is deemed to be with life. This definition is not based on brain activity as may be seen in modern medical thought but is based rather on biological function.

Does that mean you would not just unplug a machine which is keeping a person alive?

Mr. Thompson: Yes, senator, that is correct. The question that is raised, perhaps, is whether they should have been placed on resuscitation in the first place. One of the areas I did not cover, but which is in the text of our brief is whether resuscitation is necessary. If there is a chance that the person will breathe after a period of time after resuscitation is performed, then resuscitation should be done. If there is no hope that the person will recover, no hope for revival of heart and lung function, resuscitation should not occur. The question would be whether you place the person on the respirator in the first place.

Senator Keon: Once they are on the respirator, they can be taken off.

Mr. Thompson: There is one exception within that, and that is that all equipment needs to be closed for short periods of time. There are some opinions that would allow a machine on a timer to shut down for a very brief period of time if the patient exhibits spontaneous or respiratory cardio function, but then, perhaps, the machine would not be restored.

Senator Beaudoin: My question is about the living will. A living will is made, very validly, by a person in full health asking for death if she becomes incompetent. What do you suggest in such a case? I understand that, in the name of sanctity of life, you would say, "No, we will not give effect to that."

Mr. Thompson: Correct.

Senator Beaudoin: That is from a religious and a legal standpoint, I may say.

Mr. Thompson: Correct. We would consider the desire or the request of the patient. Within Judaism, the loss of life can never take place to alleviate suffering. The thought of terminating life as we understand it in this world to bypass a period of the end of life is not possible. We would not accept that.

[Translation]

Nous recommandons à cet honorable comité de ne pas affaiblir la fortitude morale du droit canadien. La vie est sacro-sainte. La protection de la vie est le devoir suprême d'un gouvernement. Nous demandons qu'aucun changement ne soit apporté à la législation en vue de légaliser le suicide assisté et l'euthanasie. Nous préconisons plutôt des services plus complets pour les malades en phase terminale et de meilleures garanties protégeant la valeur ultime de toute vie au Canada.

Le sénateur Lucier: Monsieur Thompson, j'aimerais un éclaircissement. À la page 4 de votre mémoire, vous définissez la vie ainsi:

Une personne qui respire et dont le cœur bat, avec ou sans aide, est considérée vivante. Cette définition n'est pas fondée sur l'activité cérébrale comme dans la pensée médicale moderne, mais plutôt sur la fonction biologique.

Cela signifie-t-il que vous ne débrancheriez pas tout simplement une machine qui maintient une personne en vie?

M. Thompson: Oui, sénateur, c'est juste. La question qui se pose, peut-être, est de savoir s'il aurait fallu brancher la machine de réanimation en premier lieu. L'un des domaines que je n'ai pas couvert, mais dont le mémoire traite, est la question de savoir si la réanimation est nécessaire. S'il y a une chance que la personne respire au bout d'un certain temps après la réanimation, celle-ci doit être effectuée. S'il n'y a pas d'espoir que la personne récupère, pas d'espoir que la fonction cardiaque et pulmonaire reparte, la réanimation ne doit pas être faite. La question est donc de savoir s'il faut brancher la personne sur la machine au départ.

Le sénateur Keon: Une fois que la personne est branchée sur la machine, on peut la débrancher.

M. Thompson: Il y a une exception, à savoir que toute machine doit être arrêtée pendant de brèves périodes de temps. Certains sont d'avis que l'on devrait arrêter la machine avec une minuterie, pendant une très brève période de temps, si le patient donne des signes de fonction respiratoire et cardiaque spontanée, et que la machine ne soit alors peut-être pas remise en route.

Le sénateur Beaudoin: Ma question concerne le testament biologique. Le testament biologique est rédigé de façon tout à fait valide, par une personne encore en pleine santé, qui demande à mourir si elle devenait incompétente. Que faites-vous dans un tel cas? Il me semble que, au nom du caractère sacré de la vie, vous diriez: «Non, nous n'allons pas exécuter cette volonté».

M. Thompson: C'est juste.

Le sénateur Beaudoin: Et ce tant pour des raisons religieuses que juridiques, n'est-ce pas?

M. Thompson: C'est juste. Nous prendrions en considération le désir ou la demande du patient, mais dans le judaïsme, la perte de la vie ne peut jamais intervenir pour réduire la souffrance. L'idée de mettre fin à une vie en ce bas monde pour éviter une période de la fin de la vie n'est pas possible. Nous ne l'accepterions pas.

[Text]

Senator Beaudoin: I understand your argument perfectly if it is based on religion. I have no problem with that. However, suppose a person has no religion at all. From a purely legal point of view, what do you suggest in a case like that? It is not an easy question to answer.

Mr. Thompson: No, it is not. Rather than a living will, which would perhaps have a DNR order attached to it, "Do Not Resuscitate", are you suggesting that someone would leave a living will that would say, "Should I come into a vegetative state, please disconnect me." Do I understand correctly?

Senator Beaudoin: No, that is not my question.

Mr. Thompson: I am sorry.

Senator Beaudoin: There is an easy answer when a person refuses treatment. It is accepted in many provinces in this country.

Suppose it is some form of active euthanasia for a person who has no religion at all to say, "I do not want to stay like this." We cannot base a refusal on an argument of religion, but we may have some other reasons to refuse them. I would like to have your views on that.

Mr. Thompson: Our view would be that there is an overriding factor there, and that is the state, the government, in opposition to the individual's right to have an action carried out on their behalf. In the case of the individual's rights as opposed to society's collective rights, we would suggest that the state has a countervailing interest in the preservation and sanctity of human life in order to prevent the other possibilities that we have discussed and that other witnesses have mentioned as being potential difficulties. That request should not be honoured. The state has a countervailing interest in the preservation of life and, in our opinion, should not be put to a noncompelling secondary status. When it comes to the societal will against the individual will, although we have a Charter of Rights and Freedoms, it does not always favour the individual's ultimate right to make a determination if it could result in consequences to other patients at a later date.

Senator Beaudoin: Would you refuse?

Mr. Thompson: We would refuse that request.

Senator Beaudoin: You would refuse that in the name of the sanctity of life.

Mr. Thompson: That is the reason I raised the question. I have a copy of a living will that I will leave with the committee. It is of a different style. It says, "Please respect my religious rights if you find me lying on a sidewalk." There are some very specific details about who to contact. It specifies that "You will only treat me with regards to my religious request." In other words, it details which rabbi and which synagogue should be contacted. It also states: "You will only deal with me as a human being, and that includes the disposal of the body and autopsy, by honouring my religious requests."

You have a difficulty in that you will have one person saying, "Please kill me"; and another saying, "Please don't kill me". How do you resolve this question? How can you recognize a

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Je comprends parfaitement bien votre argument si vous le fondez sur la religion. Je n'ai pas de difficulté à l'admettre. Cependant, supposons qu'une personne soit athée. D'un point de vue purement juridique, que faites-vous dans un tel cas? Ce n'est pas une question facile.

M. Thompson: Non, ce n'est pas facile. Plutôt qu'à un testament biologique, exprimant une volonté NPR, «ne pas réanimer», songez-vous à un testament qui dirait: «Si je devais me trouver dans un état végétatif, veuillez me débrancher». Vous ai-je bien compris?

Le sénateur Beaudoin: Non, ce n'est pas ma question.

M. Thompson: Désolé.

Le sénateur Beaudoin: C'est simple lorsqu'une personne refuse le traitement. Ce droit de refus est déjà reconnu dans maintes provinces du pays.

Supposons qu'il s'agisse d'une forme d'euthanasie active, qu'une personne sans religion du tout dise «je ne veux pas rester comme cela». Nous ne pouvons fonder le refus sur un argument religieux, mais peut-être existe-t-il d'autres raisons de refuser. J'aimerais avoir votre sentiment là-dessus.

M. Thompson: Notre sentiment est qu'il y a là un facteur prépondérant, à savoir l'État, le gouvernement, qui peut s'opposer au droit de l'individu à faire exécuter un acte pour son compte. S'agissant d'une opposition entre les droits de l'individu et les droits collectifs de la société, nous considérons que l'État a un intérêt prépondérant à préserver le caractère sacré de la vie humaine de façon à empêcher les autres possibilités que nous avons passées en revue et que d'autres témoins ont mentionnées comme suite potentielle. Une telle demande ne doit pas être honorée. L'État a un intérêt prépondérant dans la préservation de la vie et, à mon sens, ne devrait pas être relégué au second rang. Lorsqu'il y a opposition entre la volonté sociale et la volonté individuelle, la Charte des droits et libertés ne penche pas toujours en faveur du droit ultime de l'individu s'il peut en résulter des conséquences néfastes pour d'autres patients ultérieurement.

Le sénateur Beaudoin: Vous refuseriez?

M. Thompson: Nous refuserions d'honorer la demande.

Le sénateur Beaudoin: Vous refuseriez au nom du caractère sacré de la vie.

M. Thompson: C'est la raison pour laquelle j'ai soulevé la question. J'ai ici une copie d'un testament biologique que je vais vous remettre. Il est d'un type différent. Il dit: «Veuillez respecter mes croyances religieuses si vous me trouvez inanimé sur le trottoir». Il donne des détails précis sur les personnes à contacter. Il spécifie «vous me traiterez dans le respect de ma demande religieuse». En d'autres termes, il indique quel rabbin et quelle synagogue contacter et stipule: «Vous ne me traiterez que comme un être humain, et cela englobe l'autopsie et ce qui sera fait de mon cadavre, en honorant mes convictions religieuses».

La difficulté sera qu'une personne dira: «S'il vous plaît, tuez-moi» et une autre «S'il vous plaît, ne me tuez pas». Comment résoudre ce problème? Comment peut-on reconnaître

[Texte]

living will? Our argument comes back to the societal good. In all of the arguments that have come up, whether it be questioning the morals of the people wanting to make the determination of death; that only recognition of the determination for life should be accepted; that requests for discontinuation of support or for active intervention should not be respected; the society has a responsibility that overrides the individual's right.

Senator Keon: It is my impression that Jewish law and the Vatican declaration on withdrawal of life-sustaining treatment are in agreement. However, as I listened to you, you touched on some areas that made me question that impression. In principle, are they in complete agreement, or are they not?

Mr. Thompson: You have me at a slight disadvantage because I have only seen excerpts from the Vatican's stance. I am not as familiar with it as I should be in order to respond to your question. The pronouncement in 1940 from the Roman Holy Office condemned all direct euthanasia as a breach of the natural and divine positive law. I am not familiar with statements or specifics of the statements.

Could you give me some examples where, perhaps, you think I disagree?

Senator Keon: The Vatican declaration, for example, allows for the compassionate withdrawal of life-sustaining treatment that has become burdensome to patients. For example, prolonged intravenous therapy that is producing haematomas and not achieving anything, or prolonged ventilation that is producing erosion of the patient's nose or mouth and cannot offer anything in the long term, can be justifiably stopped under those circumstances.

Mr. Thompson: Then indeed we do disagree. I would like to make this quite clear: Hydration and nutrition are included as basic fundamentals that a person is required to supply to any other human being; therefore hydration and nutrition cannot be withheld and it cannot be said that you are entering into a passive phase.

The only passive phase that Judaism will respect or accept as being legitimate is the passive phase where the intervention of invasive or extraordinary treatments will cause the patient discomfort or prolong the dying process of a person who is within the final stages of their demise.

This goes back to the biblical times where you were not allowed to remove the pillow from under a patient's head. The patient is referred to as a candle that is flickering, and any slight movement of the air around the candle will snuff it out. Any slight movement of a patient who is in the final stages of dying will move up the time of death, and therefore nothing at all can be done.

The only exception to that is something that is a burden or an imposition, something that is stopping the natural ebbing of life. That is the question of being able to put the respirator on a timer which will allow for a brief period of time in which the patient will or will not demonstrate some level of respiratory or cardio function.

[Translation]

un testament biologique? Notre argumentation nous ramène au bien social. Tous les arguments qui sont présentés (qu'il s'agisse de contester la moralité des personnes qui prétendent déterminer la mort, de dire que seule la détermination en faveur de la vie doit être reconnue, que la demande d'interruption de soutien ou d'intervention active ne doit pas être respectée) reviennent à dire que la société possède une responsabilité qui prend le pas sur les droits de l'individu.

Le sénateur Keon: J'ai l'impression que la loi juive et la déclaration du Vatican sur le retrait du traitement de maintien en vie concordent. Cependant, en vous écoutant, j'en suis venu à me demander si cette impression est juste. Est-ce que les deux positions concordent sur les principes ou non?

M. Thompson: Vous me prenez un peu au dépourvu car je n'ai vu que des extraits de la déclaration du Vatican. Je ne la connais pas suffisamment pour pouvoir répondre à votre question. La prononciation de 1940 du Saint Siège condamnait toute euthanasie directe comme violation de la loi naturelle et divine. Je ne connais pas les détails des déclarations.

Pourriez-vous peut-être me donner quelques exemples où il y aurait divergence?

Le sénateur Keon: La déclaration du Vatican, par exemple, autorise le retrait pour raison de compassion des traitements de maintien en vie qui deviennent un fardeau pour le patient. Par exemple, une thérapie intraveineuse prolongée qui engendre des hématomes sans produire de résultats positifs, ou une ventilation prolongée qui provoque une érosion du nez ou de la bouche du patient sans rien offrir à long terme, tous ces traitements peuvent être interrompus dans ces circonstances.

M. Thompson: Il y a alors effectivement divergence. J'aimerais que ceci soit clair: l'hydratation et la nutrition font partie des éléments fondamentaux qu'une personne est tenue de fournir à un autre être humain; par conséquent, il est interdit de supprimer l'hydratation et la nutrition et il n'est pas possible de dire qu'une personne entre dans une phase passive.

La seule phase passive que le judaïsme respecte ou accepte comme légitime est la phase passive où l'intervention de traitements effractifs ou extraordinaires va faire souffrir le patient ou prolonger l'agonie d'une personne moribonde.

Cela remonte aux temps bibliques où l'on n'était pas autorisé à enlever l'oreiller sous la tête d'un malade. Le patient est perçu comme une bougie qui vacille, et le moindre mouvement de l'air autour de la bougie pourrait l'éteindre. Le moindre mouvement imprimé à un patient moribond accélérera sa mort, si bien que rien ne peut être fait.

La seule exception est quelque chose qui représente un fardeau ou une imposition, quelque chose qui va arrêter le reflux naturel de la vie. Cela nous ramène à l'idée de brancher le respirateur sur une minuterie, de façon à prévoir de courts moments pendant lesquels le patient peut établir ou non l'existence d'un certain niveau de fonction respiratoire ou cardiaque.

[Text]

The other question that arises in Jewish law, and one that comes up frequently, is whether you should be put on a respirator in the first place. Much of the rabbinical intervention occurs at the start of treatment and relates to what the requirements are to start treatment and how much treatment has to be administered.

Senator Keon: Madam Chair, I do not wish to prolong this but rather to get at the principle, because I do believe that these two principles from these two major blocks of religious authority are in agreement. I might be wrong, but I think they are.

I will pursue a technical point. Let us take the example of the respirator.

Mr. Thompson: Yes.

Senator Keon: Respirators are dependent on being plugged into a wall.

Mr. Thompson: Right.

Senator Keon: They are dependent on having tubing changed. The patient is dependent on having the tube that is in the trachea changed, inflated, reinflated, cleaned, and so forth.

Mr. Thompson: Correct.

Senator Keon: In other words, the problems right themselves. Unless some rather heroic efforts are made during change-over, patients can sustain themselves through this change. I do not think there is a conflict between Judaism and the Vatican declaration when one really comes to the application of the principle.

Mr. Thompson: Unfortunately, Judaism, unlike the Vatican, is burdened with different opinions from many people, and none of them is declared as being totally right in any specific case. We have opinions from a number of rabbinical scholars, many of whom are considered to be the leaders in the field. Rabbi Moshe Tendler and Rabbi Aaron Soloveitchick are two with whom we have discussed these issues. They disagree somewhat on the specifics. It depends exactly where, within Jewish law, one wishes to follow. We are not a single-opinion body. There is some movement and variation, but it is very slight.

The issue is: should a power failure occur; should you need to unplug the respirator; or when you do need to change the tubing, can the patient demonstrate any level of respiratory or cardio function? I think you will agree with me, senator, that not everybody who is on a respirator is dependent on it for 100 per cent of his or her breathing. Often times it is a combination of the patient's own ability or inability as well as the machine's assistance. It is not a 100-per-cent issue.

There is an opinion that does allow for the changing of the tube. Should the person's life functions have ceased, there is an opinion to allow that it is not necessary to reinstate the procedure again at that point in time. How that is done is considered very carefully, because we are very careful not to do any precipitous actions. There are a variety of rules around how one disconnects the

[Traduction]

L'autre question qui se pose en droit judaïque, et qui est posée très fréquemment, est de savoir s'il convient de brancher un respirateur en premier lieu. Une grande partie de l'intervention rabbinique intervient au début du traitement et intéresse la nécessité d'entreprendre un traitement et l'ampleur de celui-ci.

Le sénateur Keon: Madame la présidente, je ne veux pas prolonger cette discussion, mais seulement déterminer les principes, car je pense que les principes de ces deux grandes autorités religieuses concordent. Je me trompe peut-être, mais je pense qu'ils concordent.

Je vais aborder un aspect technique. Prenons l'exemple du respirateur.

M. Thompson: Oui.

Le sénateur Keon: Les respirateurs, pour fonctionner, doivent être branchés dans une prise électrique.

M. Thompson: Oui.

Le sénateur Keon: Il est nécessaire de changer les tubes. Le tube qui est placé dans la trachée doit être changé, gonflé, regonflé, nettoyé, et cetera.

M. Thompson: C'est juste.

Le sénateur Keon: En d'autres termes, les problèmes se règlent d'eux-mêmes. À moins d'entreprendre des efforts héroïques lors des changements de tube, le patient va devoir respirer par lui-même pendant la substitution. Je ne pense pas qu'il y ait conflit entre le judaïsme et la déclaration du Vatican si l'on considère l'application pratique du principe.

M. Thompson: Malheureusement, le judaïsme, contrairement au Vatican, est affligé d'opinions différentes professées par une quantité de gens, sans qu'aucune déclaration ne donne entièrement raison à l'égard d'aucun cas précis. Nous avons des opinions émises par un certain nombre d'érudits rabbiniques, dont de nombreux sont considérés comme savants dans ce domaine. Nous avons discuté de ces questions avec le rabbin Moshe Tendler et le rabbin Aaron Soloveitchick. Ils divergent quelque peu sur les détails. Tout dépend de l'élément exact de la loi juive que l'on veut respecter. Il n'y a pas une doctrine monolithique. Il y a quelques divergences et variations, mais très légères.

La question est celle-ci: en cas de panne de courant, lorsqu'il est nécessaire de débrancher le respirateur ou de changer le tube, est-ce que le patient présente quelque niveau de fonction respiratoire ou cardiaque autonome? Je pense que vous conviendrez avec moi, sénateur, que ce ne sont pas tous les patients placés sous respirateur qui en dépendent à 100 p. 100. Souvent, il y a une combinaison de capacité ou d'incapacité propre du patient et d'assistance de la machine. Ce n'est pas tout ou rien.

Il y a une opinion concernant le changement du tube. Si les fonctions vitales de la personne ont cessé, une opinion veut qu'il ne soit pas nécessaire de reprendre la procédure à ce stade. La manière de le faire est soigneusement réfléchie, car nous veillons à ne rien faire de précipité. Il y a toute une série de règles concernant le débranchement du respirateur et je peux vous en

[Texte]

respirator as well, and I can certainly share those with you in a written document. It might be easier to do that rather than going through it verbally, because it is fairly lengthy.

Senator Perrault: Mr. Thompson, you have brought an important viewpoint to this committee. It has been a real labour on your part, and I would congratulate you for it.

Unfortunately, respect for the sanctity of human life is under assault in every part of the world today. You need only pick up the newspapers to see that. It is good to hear your affirmation of the belief in life.

You make reference to Nazi Germany, and I do not want to draw unfair or luridly inaccurate parallels. The other month I was reading a book about the Nazi era which described a meeting which was held between the Nazis and the medical profession in 1933. You are probably aware of this.

Mr. Thompson: Yes.

Senator Perrault: They convinced many in the medical profession of the merit of giving people a dignified way out of life. They used words such as it being a "merciful" way to provide a "dignified" death to people who were crippled and maimed. You make reference to this in your presentation. As you pointed out, that was the slippery slope that led down to the death camps. You do say in your brief that you are not drawing a parallel between this debate and the atrocities of the Nazi era.

Do you think there is a slippery slope possible in Canada if we lessen our respect for human life here?

Mr. Thompson: There are two points I would make in response to that, senator.

First, I would say that the actual start of the slide within Germany started in about 1919, immediately after the First World War, where there was a Nazi decimation of young men of military service age. They had lost millions of young men during the war. The policy or concept of eugenics grew from that period of time. They were from a gene pool that was "deformed or mentally retarded". That was their term, although it is not a correct term today. They were determined not to have that gene pool enter back into society. They wanted to see strong young people within the country.

I would say that the slide started back then. You cross a fundamental line when you start sterilizing people and accepting the devaluation of certain people's lives. We accept that there is a value in everyone's life, whether as a religious value or as a philosophical argument. Once you cross that fundamental line and say, "I can now say that this life or this part of this life is no longer of sufficient value to continue living", whether it be self-felt or whether it be societally felt, you run a great risk. You put yourself directly on the line of moving down the slippery slope once you are able to say, "My life no longer has sufficient value", or, "Their life no longer has sufficient value".

We see this today. We do patient counselling in the hospitals. I see families who say, "Poor Grampa. He is having such a horrible

[Translation]

faire part par écrit. Ce sera peut-être plus facile que de le faire verbalement, car c'est assez long.

Le sénateur Perrault: Monsieur Thompson, vous nous avez fait part d'un point de vue important. Vous avez fourni un gros travail et je vous en félicite.

Malheureusement, le respect pour le caractère sacré de la vie humaine est assailli de toute part dans le monde d'aujourd'hui. Il suffit de lire un journal pour le constater. Il est bon d'entendre votre affirmation de la croyance en la vie.

Vous avez parlé de l'Allemagne nazie et je ne veux pas établir de parallèle injuste ou tiré par les cheveux. J'ai lu il y a quelque temps un livre sur la période nazie où l'on décrivait une réunion entre des nazis et des médecins en 1933. Vous en avez certainement entendu parler.

M. Thompson: Oui.

Le sénateur Perrault: Ils ont convaincu nombre de médecins de l'opportunité d'offrir aux gens un trépas digne. Ils parlaient d'offrir aux invalides et aux estropiés une mort «miséricordieuse» et «digne». Vous en avez parlé dans votre mémoire. Comme vous l'avez signalé, c'était là le début de la pente glissante qui a mené aux camps d'extermination. Vous dites dans votre mémoire que vous n'établissez pas de parallèle entre ce débat et les atrocités de la période nazie.

Pensez-vous qu'une pente glissante soit possible au Canada si nous amoindrissons notre respect pour la vie humaine?

M. Thompson: Je dirais deux choses en réponse à cela, sénateur.

Premièrement, le début de la glissade a commencé en Allemagne aux alentours de 1919, immédiatement après la Première Guerre mondiale, pendant laquelle des jeunes gens en âge de faire le service militaire avaient été décimés massivement. L'Allemagne a perdu des millions de jeunes hommes pendant la guerre. La politique ou le concept d'eugénisme est apparu à cette époque. Certains individus étaient réputés être issus d'un patrimoine génétique «déformé ou mentalement attardé». C'étaient les termes utilisés, bien qu'ils soient jugés incorrects aujourd'hui. On voulait éviter que ces gènes soient réintroduits dans la société. On tenait à avoir une jeunesse saine et forte.

Je dirais que c'est alors que la glissade a commencé. On franchit une ligne fondamentale lorsqu'on commence à stériliser les gens et à accepter la dévaluation de la vie de certains. Nous considérons que la vie de tout un chacun est précieuse, à titre de valeur religieuse ou philosophique. Une fois que l'on franchit cette ligne fondamentale et que l'on dit «je déclare maintenant que cette vie ou cette partie de cette vie ne présente plus de valeur suffisante pour continuer», qu'une personne le déclare pour elle-même ou que la société le déclare pour elle, on court un grand risque. On se met en position de dévaler la pente glissante dès lors que l'on dit «ma vie n'a plus une valeur suffisante» ou «leur vie n'a plus une valeur suffisante».

Nous le voyons bien aujourd'hui. Nous conseillons les patients dans les hôpitaux. Je vois des familles qui disent: «Pauvre

[Text]

time. It would be so much nicer if he could just pass away." Dear Grampa thinks he is doing quite well, thank you very much.

I will answer your question in a roundabout way. Polio victims are respiratory dependent. Those attending them feel that they have a very low quality of life. If you ask the patient, their response is almost 90 per cent that they have a very good quality of life. The opposite option is that they die, so, as far as they are concerned, they are doing very well. We hear this time and time again.

We can go into a patient's room and say, "How are you today, Mrs. Blank?" She says, "I would rather pass away. I would rather not be here," or, "I wish I could go now." Two weeks later, when she is feeling much better, she says, "Thank God no one listened to me," and she means it.

You cannot value life in a transient moment. You cannot take life and say that this hour, this moment or this year has a different value from the whole life. In diminishing the time segment of a life, you diminish the value of all life.

We deeply believe that the lives of all Canadians need a fundamental safeguard or a fundamental protection from the government. It is not just a question of religious belief; it is a philosophical and moral belief that life has value. Once you start diminishing, in the smallest way, the value of a life or a segment of that life, then you start saying, "Well, that life or that part of their time is no longer of value."

We are all very smart people. We are all able to argue a point until we drop. You can always find a way of justifying your position. We have run into people who have said, "Isn't it disgusting about the expenses in the health care system today? How are we ever going to afford this? By the way, are you supporting euthanasia?" These are people who speak out of both sides of their mouths at the same time. People say, "These people got sick because of their lifestyle. What right do they have to do that? Why should they be taking up our money? Get rid of them." People say that today. It is not delusory. These are people who I have sat down and spoken with. Some of them reside in my own community.

People who speak like that have no value for the sanctity of life or respect for life. We can argue a million times over why a case should be an exception, but once you start making exceptions, you start opening the inevitable floodgate, because, as smart people, we can all argue back and forth about why we think one case should be an exception, or why a certain value is right and another is not.

We cannot legislate safeguards that will adequately protect us. Holland is an example. We have seen time and time again throughout history that we cannot bring in legislation that will completely safeguard the system. There is also the issue of the death penalty in the States, and that argument goes back and forth. Can you argue that no one has ever been wrongfully killed? The

[Traduction]

grand-père. Il souffre tellement. Ce serait beaucoup mieux s'il pouvait s'éteindre». Le cher grand-père se trouve très bien comme il est, merci beaucoup.

Je vais répondre à votre question indirectement. Les victimes de la polio ont besoin d'assistance respiratoire. Leurs soignants jugent qu'ils ont une très mauvaise qualité de vie. Si vous demandez aux patients, ils répondent presque à 90 p. 100 qu'ils ont une très bonne qualité de vie. L'autre option étant de mourir, de leur point de vue ils s'en tirent très bien. Nous voyons cela à maintes et maintes reprises.

Il nous arrive d'entrer dans la chambre d'un patient et de demander «Comment ça va aujourd'hui, madame Blanc?» Elle répond «J'aimerais mieux mourir. J'aimerais mieux ne plus être là» ou «J'aimerais disparaître». Deux semaines plus tard, lorsqu'elle se sent mieux, elle dit «Dieu merci que personne ne m'ait écoutée», et elle le pense vraiment.

Vous ne pouvez découper la vie en fines tranches. Vous ne pouvez prendre la vie et dire que cette heure, ce moment ou cette année a une valeur différente de celle de la vie entière. En dépréciant une tranche quelconque de la vie, vous diminuez la valeur de toute la vie.

Nous croyons profondément que la vie de tous les Canadiens a besoin d'une garantie fondamentale, d'une protection fondamentale assurée par le gouvernement. Ce n'est pas seulement une question de croyance religieuse, c'est la croyance philosophique et morale que la vie est précieuse. Une fois que l'on commence à déprécier le moindre de la valeur d'une vie ou d'une tranche de vie, vous commencez à dire: «Voilà, cette vie ou cette partie de vie n'a plus de valeur».

Nous sommes tous des gens très intelligents. Nous pouvons tous débattre d'un sujet jusqu'à plus soif. Vous pouvez toujours trouver une façon de justifier votre position. Nous avons rencontré des gens qui ont dit: «N'est-ce pas un scandale de voir le coût du système de santé aujourd'hui? Comment allons-nous faire pour payer tout cela? Au fait, êtes-vous partisan de l'euthanasie?» Ce sont des gens qui parlent un double langage. Des gens disent «Ce sont des gens qui se sont rendus malades avec leur mode de vie. Quel droit ont-ils de faire cela? Pourquoi faudrait-il leur donner notre argent? Que l'on s'en débarrasse». Les gens le disent aujourd'hui. Ce n'est pas un fantasme. Des gens me l'ont dit en pleine face. Certains sont mes voisins.

Les gens qui parlent ainsi n'ont aucun sens du caractère sacré de la vie ou de respect pour la vie. On peut débattre des millions de fois de telle ou telle exception qu'il conviendrait de faire, mais dès que l'on commence à faire des exceptions, on ouvre inévitablement les écluses, car étant des gens intelligents nous pouvons tous justifier à qui mieux mieux pourquoi tel cas devrait faire exception, ou pourquoi une certaine valeur est juste et une autre non.

On ne peut inscrire dans une législation des garanties suffisantes. La Hollande en est un exemple. Nous avons vu à maintes et maintes reprises au cours de l'histoire qu'il n'y a pas de législation qui puisse apporter des garanties complètes. Il y a aussi toute la question de la peine de mort aux États-Unis, et les arguments volent de part et d'autre. Peut-on affirmer qu'aucun

[Texte]

gentlemen who were sitting here before gave the example of an elderly patient who did not recover from surgery the way they expected. The doctor thought he had cancer, and he killed him. He did not have cancer, and he would have recovered.

Can we afford to take the chance? How much is too much? Is one life too much? Is it two lives, a hundred lives? At what point do we say "stop"; and, once we have started, can we say "stop"?

The Chairman: Mr. Thompson, we thank you very much.

Mr. Thompson: Thank you.

The Chairman: Our next witness for this morning's session is Mr. Brian Kiely, a representative of the Canadian Unitarian Council; and Ms Alison Harvey.

Rev. Brian J. Kiely, Chair, Death Decisions Committee, Canadian Unitarian Council: Madam Chair, members of the committee, we are happy to have this opportunity to address you. Presenting such a brief is a first for both myself and Ms Harvey.

We represent the Canadian Unitarian Council, a national association of some 5,000 Unitarians in 44 societies across the country. In researching our position, we had the opportunity to speak with, or read the comments of, hundreds of individual Unitarians, and it became clear that this complex issue of euthanasia and assisted suicide demanded a mining of the wisdom found in our religious principles. It was equally clear that the principles alone were not enough and that we had to listen as well to the needs and the thoughts of individuals.

We intend to present both personal stories and a discussion of the religious principles that have led to the CUC's adoption of a position supporting the right to choice and dying. Ms Harvey will give a personal account first.

Ms Alison Harvey, Member, Canadian Unitarian Council: Madam Chair, members of the committee, I am pleased to have this opportunity to express my concerns and feelings regarding euthanasia and assisted suicide.

I have recently experienced the pain of watching my 48-year-old brother die of a terminal illness. The slow deteriorating process has given me much to ponder. My reason for being here is to share my personal dilemma and tell why I support assisted suicide for the terminally ill.

Over a span of approximately one and a half years, I observed the decline in my brother's health. Consulting experts locally and in California, it was concluded that another surgery was not an option in Greg's battle with cancer. The more traditional forms of treatment, radiation and chemotherapy, were performed. He committed himself to a very aggressive herbal therapy, encompassing oral administration of herbs as well as the application of a body mud pack which had to be changed daily. For emotional and psychological exploration, he attended several retreats at Gabriola Island to try to deal with his terminal state.

[Translation]

innocent n'a jamais été exécuté? Les témoins précédents ont cité l'exemple d'un patient âgé qui n'a pas récupéré d'une opération de la façon qu'ils attendaient. Le médecin pensait qu'il avait le cancer, et il l'a tué. Il n'avait pas le cancer, et il aurait guéri.

Pouvons-nous courir le risque? À quel moment trop devient-il trop? Est-ce une vie? Est-ce deux vies, 100 vies? À quel moment disons-nous «stop»; et, une fois que l'on a commencé, peut-on encore dire «stop»?

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Thompson.

M. Thompson: Je vous remercie.

La présidente: Notre prochain témoin de la matinée est M. Brian Kiely, qui représente le Conseil unitaire canadien, et Mme Alison Harvey.

Le révérend Brian J. Kiely, président, comité des décisions sur la mort, Conseil unitaire canadien: Madame la présidente, membres du comité, nous sommes heureux de cette occasion de nous exprimer devant vous. C'est la première fois que moi-même ou Mme Harvey présentons un tel mémoire.

Nous représentons le Conseil unitaire canadien, une association nationale de quelque 5 000 unitariens répartis en 44 sociétés à travers le pays. Pour déterminer notre position, nous avons eu des entretiens ou lu les positions de centaines d'unitariens individuels, et il nous est apparu que cette question complexe de l'euthanasie et du suicide assisté imposait de puiser dans la sagesse de nos principes religieux. Il nous est apparu également que les principes seuls ne suffisaient pas et qu'il nous fallait écouter les besoins et les avis des individus.

Nous avons l'intention de vous faire part de cas personnels et d'expliquer les principes religieux qui ont amené le CUC à se prononcer en faveur du droit de choisir et de mourir. Mme Harvey va d'abord vous faire un récit personnel.

Mme Alison Harvey, membre, Conseil unitaire canadien: Madame la présidente, membres du comité, je suis heureuse de cette occasion d'exprimer mes préoccupations et mes sentiments sur le sujet de l'euthanasie et du suicide assisté.

J'ai récemment subi la douleur de voir mourir d'une maladie incurable mon frère, âgé de 48 ans. La lente détérioration qu'il a traversée m'a donné beaucoup à réfléchir. La raison pour laquelle je suis ici est de vous faire part de mon dilemme personnel et des raisons pour lesquelles je suis en faveur du suicide assisté des malades en phase terminale.

J'ai observé le déclin de la santé de mon frère sur une période d'environ 18 mois. Après avoir consulté des experts locaux et de Californie, il a été décidé qu'une nouvelle opération n'était pas une option dans la bataille de Greg avec le cancer. Les formes plus traditionnelles de traitement, l'irradiation et la chimiothérapie, ont été administrées. Il s'est engagé dans une thérapie très agressive à base de plantes médicinales, comprenant l'administration orale de plantes médicinales ainsi que l'application d'un emplâtre de boue qu'il fallait changer quotidiennement. Sur le plan du soutien émotionnel et psychologique, il a effectué plusieurs retraites dans l'île de Gabriola, pour affronter sa maladie incurable.

[Text]

I was impressed by his determination and commitment to do whatever he could within his power to live. Greg had been very physically involved in sports. He developed an appreciation for the outdoors. Before his illness, he led an extremely active, social and energetic lifestyle. As the tumour progressed, he discontinued work and ceased sports. The once robust man aged rapidly. His body began to wither as life was being squeezed out of him. His level of activity declined to the point where he was confined to the house. Eventually he was unable to make it down the hall to the bathroom. He could not even get outside to bask in the warmth of the sun or catch the fragrances we so often take for granted.

I found it difficult to watch his attempts to sit up, as, once accomplished, he would anxiously wait for his breathing to return to a stable condition. I could not imagine the panic he felt wondering if each episode was to be his last. The lack of lung capability or oxygen weakness allowed little more than watching television, listening to music, and having visitors. Morphine interfered with his concentration level, and he often missed much of what was going on around him. His quality of life was not acceptable, but it was something he had to endure, for he was not ready to leave us.

One day I spoke to him about bringing my two young daughters for a visit. I knew it may be the last. He asked me not to. He was not up to it. This hurt me, but I respected his request. His nieces never saw him again. I felt he was distancing himself from us and wondered who he was protecting. Did he really not have the energy, or did he not want two little girls to remember the vision of their dying uncle?

There finally did come a point at which he said, in reference to dying, "It's taking too long." Greg chose to stay at home as long as possible. With an incredible support system consisting of relatives and friends, he was able to do so. As breathing was the main goal for each day, he began to feel a sense of urgency. The panic that comes with fighting for a breath convinced him to explore options. He acquired the book *Final Exit*.

He began talking to relatives and close friends about the last bit of control he might have: choosing when to die, deciding when he had had enough. I admired his bravery all along, but this decision would take courage beyond my comprehension.

Because he was at home with limited nursing care, he was not permitted intravenous. He had asked a couple of friends to find a source of drugs that would aid in his death. As I had worked in a medical laboratory, he asked me if I could and whether I would be willing to start an IV for him in order that he could administer the drugs when he chose to die. I doubted his ability physically to manage the task.

Those of us he asked assistance of were all aware of the legal implications. We have young families which we are dedicated to and responsible for. My humanistic side said "yes" in seconds, but my realistic, cautious side said, "I'll have to think about it." The fear of legal consequences was real. I found myself fantasizing about ways to cover up the deed. In my mind, I had

[Traduction]

J'ai été impressionnée par sa détermination et sa volonté de tout faire en son pouvoir pour vivre. Greg était un homme très sportif. Il aimait les activités en plein air. Avant sa maladie, il menait une vie extrêmement active, sociale et énergique. Au fur et à mesure de la progression de la tumeur, il a cessé de travailler et de faire du sport. Cet homme jadis robuste a vieilli à vue d'oeil. Son corps a commencé à dépérir au fur et à mesure que la vie le fuyait. Son niveau d'activité a décliné au point qu'il ne pouvait plus sortir de la maison. Il en est arrivé à ne plus pouvoir se rendre à la salle de bain au bout du couloir. Il ne pouvait même pas sortir s'asseoir au soleil ou respirer les parfums qui nous paraissent ordinaires.

J'avais beaucoup de mal à regarder ses efforts pour s'asseoir car, une fois qu'il y était parvenu, il attendait anxieusement que sa respiration revienne. Je ne pouvais imaginer la panique qu'il devait ressentir, en se demandant si chaque épisode serait le dernier. Le manque de capacité respiratoire ne lui permettait guère de faire plus que regarder la télévision, écouter de la musique et parler à ses visiteurs. La morphine nuisait à sa concentration et il était souvent inconscient de ce qui se passait autour de lui. Sa qualité ne vie n'était pas acceptable, mais c'était quelque chose qu'il devait endurer, car il n'était pas prêt à nous quitter.

Un jour, je lui ai parlé de faire venir mes deux jeunes filles pour lui rendre visite. Je savais que ce serait peut-être la dernière fois. Il m'a prié de ne pas le faire. Il ne se sentait pas capable. Cela m'a fait mal, mais j'ai respecté sa demande. Ses nièces ne l'ont jamais revu. Je sentais qu'il se distançait de nous et me demandais qui il protégeait. N'avait-il vraiment pas l'énergie, ou ne voulait-il pas que deux petites filles gardent la vision de leur oncle en train de mourir?

Il est finalement arrivé un moment où il a dit, parlant de la mort «C'est trop long». Greg a choisi de rester à la maison aussi longtemps que possible. Il a pu le faire grâce à un incroyable réseau de soutien fait de parents et d'amis. Le seul fait de respirer étant devenu le but principal de chaque jour, il commença à ressentir un sentiment d'urgence. La panique qui vient de l'incapacité de respirer l'a convaincu d'explorer des options. Il a acheté le livre *Final Exit*.

Il a commencé à parler à des parents et des amis proches du dernier contrôle qui lui restait: le choix de mourir, celui de décider quand il en aurait assez. J'admirais sa bravoure depuis le début, mais cette décision exigerait un courage qui dépassait mon entendement.

Vu qu'il était chez lui avec des soins infirmiers limités, il ne pouvait avoir d'intraveineuse. Il a demandé à quelques amis de lui trouver une source de drogues qui puissent hâter sa mort. Du fait que j'avais travaillé dans un laboratoire médical, il m'a demandé si je pouvais et acceptais de lui placer une intraveineuse afin qu'il puisse s'administrer les drogues lorsqu'il choisirait de mourir. Je doutais de sa capacité physique à le faire.

Ceux à qui il demandait leur aide avaient pleinement conscience des implications juridiques. Nous avons des enfants en bas âge auxquels nous sommes dévoués et envers qui nous avons des responsabilités. Mon côté humaniste a dit «oui» en quelques secondes, mais mon côté réaliste et prudent a dit «je vais devoir y réfléchir». La crainte des conséquences pénales était réelle. Je me

[Texte]

reduced myself to criminal status. How could I fulfil his wish and protect myself at the same time? What if, at some time in the future, a knowing person decided to make public the facts? If this was my brother's desire, how could I or anyone else interfere with his right to a choice?

I was not required to make this hardest of all decisions. It was a relief when Greg died on the very sofa which had become his sole place of rest. Near the end, my brother's quality of life was one that I would not find acceptable for myself. I would be concerned with so many issues: being a burden, pain, causing grief and stress, possible financial difficulties, and leaving a lasting impression that obstructs more pleasant memories.

Greg's death occurring only four months ago, I have not healed enough to move beyond the vision of being at his side when he took his last breath. My concern now is that, with an aging mother, I may be faced with this dilemma once again. Thank you.

Mr. Kiely: In formulating our position, the CUC committee heard many such stories. As a result, in May of 1993, the overwhelming majority of delegates to the Canadian Unitarian Council annual general meeting passed the following resolution:

Therefore be it resolved that the Canadian Unitarian Council adopt a policy that advocates the legalization of the rights of mentally competent, terminally or irreversibly ill persons to determine the manner of their dying;

Our brief offers a liberal religious justification for this resolution.

Unitarianism, also known as "Unitarian Universalism", grew out of the radical wing of the Protestant Reformation. What began as a revolt against church leadership seen to be corrupt, has evolved into a religious conviction that each individual has a right to decide matters of faith for her or himself. No external power should have the authority to dictate thought or belief; and while society has the power to create laws to maintain order, we believe in the right of the individual to speak against those laws seen to be unjust or outdated. Our 500-year history is filled with stories of struggles for the right of free speech in matters religious and political. This Unitarian, liberal understanding of religion has been represented in Canada since the 1830's in a church without a creed or required articles of faith.

Unitarians do find, however, that as individuals we share a set of common approaches to religious and moral issues, and we value the experience of pursuing our personal searches for truth and meaning in a congregational setting. From time to time we have tried to encapsulate some of the guiding themes and understandings common to a wide majority of Unitarians. A decade ago, in 1983-84, a continent-wide process resulted in the

[Translation]

suis retrouvée à imaginer des façons de camoufler l'acte. Dans mon esprit, je m'étais réduite à l'état de criminelle. Comment pouvais-je exécuter son souhait et me protéger en même temps? Que se passerait-il si, à un moment futur, une personne au courant décidait de rendre les faits publics? Si tel était le souhait de mon frère, comment moi-même ou quiconque d'autre pourrait-il lui refuser le droit de choisir?

Je n'ai pas eu à prendre cette décision difficile entre toutes. Cela a été un soulagement lorsque Greg est mort sur ce même sofa qui était devenu son seul lieu de repos. Près de la fin, la qualité de vie de mon frère était telle que je ne l'aurais pas acceptée pour moi-même. Je me serais inquiétée de tant de choses: d'être un fardeau, une cause de souffrances et de tensions, d'éventuelles difficultés financières, et de laisser une impression durable qui occulterait tant de beaux souvenirs.

Greg étant décédé il y a quatre mois seulement, je n'ai pas encore surmonté la vision de ma présence à ses côtés lorsqu'il a pris sa dernière respiration. Ma crainte maintenant est que, avec une mère âgée, je me retrouve de nouveau avec le même dilemme. Je vous remercie de votre attention.

M. Kiely: Le comité du CUC a entendu quantité de récits similaires lors de l'élaboration de sa position. Aussi, en mai 1993, une majorité écrasante des délégués à l'assemblée générale annuelle du Conseil unitaire canadien a-t-elle adopté la résolution suivante:

Qu'il soit résolu que le Conseil unitaire canadien adopte pour politique de préconiser la légalisation du droit de personnes mentalement compétentes, atteintes d'une maladie incurable ou au stade terminal, de déterminer les modalités de leur trépas;

Notre mémoire donne une justification religieuse libérale de cette résolution.

L'unitarisme, aussi connu sous le nom d'«universalisme unitarien», est issu de l'aile radicale de la réforme protestante. Ce qui a commencé comme une révolte contre un clergé corrompu a évolué pour devenir la conviction religieuse que chaque individu a le droit de décider pour lui-même les questions touchant à la foi. Nulle puissance externe n'a l'autorité de dicter les pensées ou les croyances; et si la société a le pouvoir de légiférer pour maintenir l'ordre, nous croyons en le droit des individus à s'élever contre les lois qu'ils jugent injustes ou désuètes. Nos 500 années d'histoire sont remplies de luttes pour le droit à la liberté de parole en matière religieuse et politique. Cette acception unitarienne, libérale de la religion est représentée au Canada depuis les années 1830 dans une église sans credo ni profession de foi obligatoire.

Cependant, les unitariens ont en commun un certain nombre d'approches des questions religieuses et morales et nous chérissons l'expérience consistant à poursuivre notre quête personnelle de la vérité et du sens au sein d'une congrégation. Nous avons cherché de temps à autre à consigner certains des thèmes directeurs et des conceptions communes à une grande majorité d'unitariens. Il y a dix ans, en 1983-1984, un processus à l'échelle

[Text]

adoption of the Unitarian Universalist Statement of Principles which many use as a guide. It is appended to your brief.

Three principles in particular speak to the euthanasia issue:

First, we affirm the inherent worth and dignity of every person. This is the fundamental starting place in Unitarian theology. Each person is a unique expression of the creativity of the universe and must be respected as such. While it is possible to build an argument for the preservation of life at all costs on this principle, most Unitarians see it as something that gives priority to the quality of life over the quantity of life. If each human, once born, has a worth and dignity, then no one has a right to take that life against a person's will. Such violence is an affront to dignity and negation of worth. However, if worth and dignity are to be the guides, then neither should society have the power to prevent mentally competent, irreversibly ill persons from choosing to end their lives. In our Unitarian view, only the individual has the ability to make that kind of a decision.

This principle takes us to a point of accepting the well-considered suicide.

The second principle is that we affirm justice, equity and compassion in human relations. The three points of this principle sit in a triangle bound to each other by a dynamic tension. Justice refers to that which is deemed to be right and proper under the laws and the accepted social contract of a society. Equity refers to the concept of fairness. What is right under the law is not always fair. As notions of fairness change over time, it is the desire for equity that often spurs the revision of law. However, these two principles alone are not enough. As a pair, they are lifeless. It is only when we add compassion as the third leg of the triangle that this principle comes to life. Compassion allows the hearing of stories of individuals like Alison's brother, Sue Rodriguez, and others who have been forced to suffer terribly the ravages of a debilitating disease.

It is our Unitarian view that the current law, which does not permit assisted suicide, is both inequitable and lacks compassion. It is unfair to force someone to live when they no longer wish to continue living. A law which does not allow for each individual's request for assistance lacks compassion. Under this principle, Unitarians assert that the law must be changed to treat with compassion the clearly stated desires of those individuals who feel that their irreversible illness has eroded the dignity and the value of their lives.

By adding this interpretation to that of the first principle, we come to a position where it might be acceptable to provide aid in dying to someone who is competent and who has clearly requested this help.

Third, we affirm the right of conscience and the use of the democratic process within our congregations and in society at large. This principle also reflects a dynamic tension between the rights of the individual and the rights of the community. We have

[Traduction]

du continent a résulté en l'adoption d'une Déclaration des principes unitarienne universaliste qui sert de guide à bon nombre d'entre nous. Cette déclaration est annexée à notre mémoire.

Trois principes en particulier concernent la question de l'euthanasie:

Premièrement, nous affirmons la valeur et la dignité inhérentes de chaque personne. C'est le point de départ fondamental de la théologie unitarienne. Chaque personne est une expression unique de la créativité de l'univers et doit être respectée à ce titre. S'il est possible d'édifier une argumentation en faveur de la préservation de la vie à tout prix sur ce principe, la plupart des unitariens le perçoivent comme donnant priorité à la qualité de vie sur la quantité de vie. Si chaque être humain, une fois né, possède une valeur et une dignité, nul n'a le droit d'enlever cette vie contre la volonté de la personne. Une telle violence est un affront à la dignité et une négation de la valeur. Cependant, si la valeur et la dignité sont nos guides, la société ne doit non plus avoir le pouvoir d'empêcher des personnes atteintes de maladie incurable et mentalement compétentes de choisir de mettre fin à leur vie. Dans la conception unitarienne, seul l'individu est habilité à prendre cette décision.

Ce principe nous amène à accepter le suicide réfléchi.

Le deuxième principe est que nous affirmons la justice, l'équité et la compassion dans les relations entre les êtres. Les trois éléments de ce principe forment un triangle et sont reliés entre eux par une tension dynamique. La justice réfère à ce qui est bon et bien selon les lois et le contrat social admis d'une société. L'équité renvoie à la notion de justice naturelle. Ce qui est légal n'est pas toujours juste. Étant donné que la notion de justice évolue avec le temps, c'est l'aspiration à l'équité qui est souvent le moteur de la révision des lois. Cependant, ces deux principes seuls sont insuffisants. Ils forment une paire dénuée de vie. Ce n'est que lorsque l'on y ajoute la compassion comme troisième côté du triangle que le principe prend vie. La compassion permet d'entendre l'histoire de personnes comme le frère d'Alison, comme Sue Rodriguez et d'autres qui ont souffert horriblement des ravages d'une maladie débilitante.

Le point de vue unitarien est que la loi actuelle, qui n'autorise pas le suicide assisté, est à la fois inéquitable et insuffisamment compatissante. Il est injuste de contraindre quelqu'un à vivre contre son gré. Une loi qui n'autorise pas une telle personne à demander de l'aide manque de compassion. Conformément à ce principe, les unitariens considèrent que la loi doit être changée de manière à traiter avec compassion les désirs clairement énoncés des personnes qui estiment que leur maladie incurable restreint leur dignité et la valeur de leur vie.

En ajoutant cette interprétation à celle du premier principe nous prenons pour position qu'il peut être acceptable d'aider à mourir quelqu'un en possession de ses facultés et qui a clairement demandé cette aide.

Troisièmement, nous affirmons le droit de conscience et le recours au processus démocratique tant à l'intérieur de nos congrégations que dans la société en général. Ce principe reflète également une tension dynamique entre les droits de l'individu et

[Texte]

already stated the Unitarian position that no one has the right to dictate another's beliefs or values. We uphold the right of each member and friend of our societies to speak her or his mind on any matter of conscience, for we believe the open sharing of values and ideas can only further our debate. The decisions resulting from such a process are likely to be more enlightened. It is the widespread, though unofficial, practice in our societies to work towards consensus on most issues of import.

Nevertheless, in a religion which honours the right of the individual to make a stand, consensus is sometimes simply not possible. In these cases we believe strongly that a democratic decision is the next best thing, for the community as a whole must also have a right to take action that reflects the will of the majority. In the same way that no group should have the power to control the beliefs of an individual, we believe that no individual should have the power to halt the will of the majority. The Canadian Unitarian Council developed a position supporting assisted suicide and euthanasia not because we are the Church, but because the overwhelming majority of Unitarian participants in a nation-wide study and survey held that view. The proposed policy was then affirmed by a similar overwhelming majority at our 1993 annual meeting.

Using this same principle, we assert that the Canadian Parliament must find a way to safely legalize euthanasia and assisted suicide. If national polls are accurate, an increasingly strong majority of Canadians are demanding such legalization. As a religion, we support this view because it reflects our understanding of the quality of life, the need to treat the requests of dying with compassion, and because the majority in Canada and in our church say this is what is wanted.

Seven per cent of Unitarians took part in our study, a statistically significant number. Of those, 79 per cent supported assisted suicide. However, if Canadian Unitarians supported assisted suicide, they did so with some uncertain feelings. The ambivalent quality of many written comments suggests a need to resolve several key questions.

The first question is who: Who will actually pull the plug? Eighty-five per cent felt that doctors should be allowed to help patients die as requested, but only 38 per cent believed doctors should be required to offer such assistance. Individual conscience may prevent physicians or others from assisting death. Most agree that this conscientious position must be respected. However, some added, "If a doctor refuses, he or she should provide a doctor who is willing." That few are willing to force physicians into such actions suggest an understanding that assisting a suicide, no matter how compassionate it might be, clearly carries an emotional impact on the helper. We did not ask if respondents would be willing to assist in the death of a loved one, although I wish we had.

[Translation]

les droits de la collectivité. Nous avons déjà énoncé la position unitarienne voulant que nul n'ait le droit de dicter à autrui ses croyances ou valeurs. Nous affirmons le droit de chaque membre et ami de nos sociétés de formuler son opinion sur toute affaire de conscience, car nous considérons que la libre communication des valeurs et des idées ne peut que faire avancer le débat. Les décisions résultant d'un tel processus en seront d'autant plus éclairées. C'est une pratique répandue, bien qu'officieuse, dans nos sociétés de rechercher un consensus sur la plupart des questions d'importance.

Néanmoins, dans une religion qui honore la liberté de conscience de l'individu, il est parfois tout simplement impossible de dégager un consensus. À défaut de consensus, nous sommes convaincus qu'une décision démocratique s'impose, car la collectivité dans son ensemble doit également avoir le droit de prendre des mesures reflétant la volonté de la majorité. De la même façon qu'aucun groupe ne devrait avoir le pouvoir de contrôler les croyances de l'individu, nous pensons qu'aucun individu ne devrait avoir le pouvoir d'annihiler la volonté de la majorité. Le Conseil unitarien canadien a arrêté une position favorable au suicide assisté et à l'euthanasie non parce que nous sommes l'Église, mais parce que la majorité écrasante des participants unitariens à une étude et un sondage national sont de cet avis. La politique ainsi formulée a ensuite été confirmée par une majorité tout aussi écrasante lors de notre assemblée annuelle de 1993.

En application de ce même principe, nous affirmons que le Parlement canadien doit trouver le moyen de légaliser l'euthanasie et le suicide assisté en prévoyant des garanties appropriées. Si les sondages d'opinion nationaux sont exacts, une majorité de plus en plus massive de Canadiens souhaite une telle légalisation. En tant que religion, nous partageons ce point de vue car il reflète notre conception de la qualité de la vie, la nécessité de traiter la demande des mourants avec compassion et parce que la majorité des Canadiens et des membres de notre Église disent le vouloir.

Notre étude a porté sur 7 p. 100 des unitariens, soit un chiffre statistiquement significatif. Soixante-dix-neuf p. 100 des répondants étaient favorables au suicide assisté. Cependant, les unitariens canadiens ne le font pas sans quelques réserves. L'ambivalence de nombre de réponses écrites met en évidence la nécessité de répondre à plusieurs questions fondamentales.

La première question est qui: qui, dans la pratique, va débrancher la prise? Quatre-vingt-cinq p. 100 des répondants ont estimé que les médecins devraient être autorisés à aider les patients à mourir lorsqu'ils le demandent, mais seulement 38 p. 100 qu'ils devraient y être contraints. Leur conscience individuelle peut empêcher les médecins ou d'autres de contribuer à la mort. La plupart conviennent que cette objection de conscience doit être respectée. Cependant, certains ont ajouté «Si un médecin refuse, il ou elle devrait proposer un médecin qui accepte». Le fait qu'un si petit nombre des répondants veuille contraindre les médecins à de tels actes traduit la réalisation que l'aide au suicide, aussi miséricordieux que puisse être l'acte particulier, exerce un impact émotionnel sur l'auxiliaire. Nous

[Text]

The second issue is safeguards. Fewer than half of the respondents believe adequate safeguards are possible. There must be a broad consensus on safeguards before doctors can be allowed to assist in active euthanasia. This does not now exist. Many expressed a concern for the misuse of euthanasia, although few elaborated on the kind of misuse they feared.

Since the completion of the survey, we have become aware of some models for safeguards that have gained our confidence. One has been designed by Russel Ogden of New Westminster, B.C., whom you will hear later today.

A second similar approach was established by the Washington State group, *Compassion in Dying*, headed by the Unitarian minister, Ralph Mero Jr., and it follows from the safeguard criteria advanced in that state's 1992 referendum. We are confident that a discussion of these safeguard models with our Unitarian respondents would serve to boost their confidence. No safeguards will ever be so perfect as to prevent an error or even a murder. However, it must be admitted that the current law is equally incapable of preventing errors or murder.

The issue is choice. In the overall survey result, Unitarians expressed a clear desire to have choice in the manner of their dying. It is likely that most would be satisfied by the gentle and respectful hands of palliative care workers. They would generally be willing to refuse heroic treatment and let nature take its course, as long as that course was relatively pain-free. Our resolution also clearly supports the call for the increased availability of palliative care. While that would suit most, there is an awareness that horrible deaths still do occur. Because of this reality, Unitarians made it clear that they want the list of choices available to them to include assisted suicide.

The principles of the Unitarian religion strongly support the right of individuals to make choices for themselves and the need for the larger community to respect those choices. Our principles also lift up the inherent worth and dignity of human beings which we consistently interpret as a call to preserve and improve the quality of life. A large majority of Unitarians hold that these principles guide us to a position of supporting the widespread calls in Canada for the legalization of assisted suicide or euthanasia.

I would conclude with a few personal remarks. Today my mother celebrates her 84th birthday. On Friday, she was admitted to the palliative care unit in a major hospital in another province. She has cancer. According to the averages, she ought to have been dead several months ago. My mother has no fear of death. Indeed, she is a Catholic and, as a Catholic, she is rather looking forward to a promised reunion with my father.

[Traduction]

n'avons pas demandé aux répondants s'ils seraient disposés eux-mêmes à aider un proche à mourir, et je le regrette.

La deuxième question sont les garanties. Moins de la moitié des répondants considèrent que des garanties adéquates sont possibles. Avant que l'on puisse autoriser les médecins à donner leur aide à l'euthanasie active, il faut dégager un large consensus sur les garanties à mettre en place. Un tel consensus n'existe pas à l'heure actuelle. Nombre de répondants ont dit s'inquiéter d'éventuels abus, mais peu ont précisé à quel genre d'abus ils songeaient.

Depuis ce sondage, nous avons eu connaissance de certains modèles de garantie qui ont gagné notre confiance. L'un a été élaboré par Russel Ogden, de New Westminster (Colombie-Britannique), que vous entendrez plus tard dans la journée.

Une approche similaire a été élaborée par un groupe de l'État de Washington, *Compassion in Dying*, dirigé par le pasteur unitarien Ralph Mero Jr, fondé sur les critères avancés lors du référendum de 1992 tenu dans cet État. Nous sommes assurés que ces modèles de garantie, une fois portés à la connaissance des répondants unitariens, les rassureraient. Aucune garantie ne préviendra jamais toute erreur ou même un meurtre. Cependant, il faut convenir que la loi actuelle est tout aussi incapable de prévenir les erreurs ou le meurtre.

Ce qui est en jeu, c'est la liberté de choix. Dans notre enquête d'opinion, les unitariens ont manifesté clairement leur volonté de pouvoir choisir la façon de mourir. Il est probable que la plupart seraient satisfaits de la main douce et respectueuse des dispensaires de soins palliatifs. Ils seraient généralement portés à refuser les traitements héroïques et à laisser la nature suivre son cours aussi longtemps que la souffrance n'est pas trop forte. Notre résolution est également clairement favorable à une disponibilité accrue de soins palliatifs. Si ceci répondrait aux vœux de la plupart, on sait néanmoins que des agonies horribles subsisteront toujours. C'est pourquoi les unitariens ont fait savoir clairement qu'ils souhaitent que la liste des choix dont ils disposent englobe le suicide assisté.

Les principes de la religion unitarienne vont clairement dans le sens du droit des individus à faire des choix pour eux-mêmes et à l'obligation pour la collectivité en général de respecter ces choix. Nos principes affirment également la valeur et la dignité inhérentes des êtres humains, que nous interprétons comme entraînant la nécessité de préserver et d'améliorer la qualité de la vie. Une grande majorité des unitariens considèrent que ces principes nous conduisent à appuyer le grand nombre de Canadiens qui réclament la légalisation du suicide assisté ou de l'euthanasie.

Je conclurai par quelques remarques personnelles. Ma mère fête aujourd'hui son 84^e anniversaire. Vendredi dernier, elle a été admise à l'unité de soins palliatifs d'un grand hôpital d'une autre province. Elle est atteinte de cancer. Selon la loi des moyennes, elle aurait dû mourir il y a plusieurs mois. Ma mère ne craint pas la mort. De fait, elle est catholique et, en tant que catholique, elle attend plutôt avec impatience la réunion promise avec mon père.

[Texte]

What my mother does fear is pain. With respect, Senator Keon, she does not trust doctors too much. Her doctors have promised her the best of pain management and expressed confidence that she will not suffer unduly, but she does not believe it. She is still worried. What does seem to have calmed her is a promise that I made to her that, should it all become unbearable, I will come and end her life, and I will accept the consequences of the law as it stands.

I have been asked to help bring death on several occasions. I have declined because it is against the law. This case is different because it is my mother. She is worth the risk. In truth, because of my mother's character, her courage, and her own religious beliefs, I doubt that I will ever be called upon to do this. I can say with confidence, because she just told me, that simply knowing that there is an out if it gets too bad has given her peace of mind and has eased her suffering.

That is really what our Unitarian brief advocates: the peace of mind that having a choice can bring. We doubt that liberalizing euthanasia laws will lead us down the slippery slope. We doubt that large numbers of people will opt to die with assistance, especially if reasonable safeguards are set and good palliative care is made widely available.

Having a choice does not guarantee that that choice will be exercised. It takes a great deal of courage and a great deal of suffering for a person to allow themselves to be killed. However, some will die this way. Indeed, they already are, irrespective of the fact that it is illegal. Sometimes they are helped by shadowy figures, like the physician who helped Sue Rodriguez, and sometimes by compassionate health care professionals who leave sufficient doses of painkillers and then look the other way. Often such deaths come at the hands of loved ones in moments that are as beautiful as they are tragic. The report of this committee and any subsequent parliamentary action will not stop that from happening. People moved by compassion and love and respect for the worth and dignity of their fellow beings will continue to help willing people to die.

Following the wishes of the majority of Canadians by changing the law, Parliament can begin to make a workable law to govern assisted suicide which will have good, if not perfect, definitions of terms, and good, if not perfect, safeguards to ensure the proper use of assisted suicide. There is no perfect legal answer available here, but Canadians, and especially Canadian Unitarians, want this law to change. There may be no perfect legal answer, but the status quo appears to be no answer at all.

Thank you for hearing us.

Senator Perrault: This is a very interesting brief, Mr. Kiely. I have just a couple of concerns.

You talk about the right of the terminally and irreversibly ill to choose the manner of their death. You have not developed any safeguards that you would like to see put in place. You say that we

[Translation]

Ce que craint ma mère, c'est la souffrance. Sauf votre respect, sénateur Keon, elle ne fait guère confiance aux médecins. Ses médecins lui ont promis les meilleurs traitements antidouleurs et lui ont assuré qu'elle ne souffrira pas indûment, mais elle ne les croit pas. Elle reste inquiète. Ce qui semble l'avoir calmée, c'est la promesse que je lui ai faite que si la souffrance devenait insupportable, je viendrais mettre fin à ses jours, et j'accepterai les conséquences de la loi actuelle.

On m'a demandé déjà à plusieurs reprises mon aide pour mourir. J'ai refusé car c'est interdit par la loi. Ce cas est différent, parce qu'il s'agit de ma mère. Elle vaut le risque. En vérité, vu le caractère de ma mère, son courage et ses convictions religieuses, je doute être jamais amené à le faire. Je peux déclarer avec assurance, car elle vient de me le dire, que le seul fait de savoir qu'il y a une issue si la douleur devient trop terrible lui a donné la paix de l'esprit et allégé sa souffrance.

C'est réellement cela que le mémoire unitarien préconise: la paix de l'esprit que la faculté de choisir apporte. Nous doutons que la libéralisation de l'euthanasie nous entraîne sur une pente glissante. Nous doutons qu'un grand nombre de personnes choisiront de mourir avec assistance, particulièrement si des garanties raisonnables sont établies et que de bons soins palliatifs sont largement disponibles.

Le fait de disposer d'un choix ne signifie pas qu'il sera nécessairement exercé. Il faut beaucoup de courage et beaucoup de souffrances pour qu'une personne se laisse tuer. Cependant, certains mourront de cette façon. De fait, c'est déjà le cas, bien que ce soit illégal. Parfois l'aide est donnée par des personnages anonymes, comme le médecin qui a aidé Sue Rodriguez, et parfois elle l'est par des professionnels de la santé miséricordieux qui laissent une dose suffisante d'analgésiques et regardent ensuite de l'autre côté. Souvent, ces décès surviennent aux mains de proches à des moments qui sont aussi beaux qu'ils sont tragiques. Le rapport de votre comité et toute mesure parlementaire ultérieure n'empêcheront pas cela. Des gens mus par la compassion et l'amour et le respect pour la valeur et la dignité de leurs proches continueront à aider à mourir des gens qui le demandent.

En répondant aux vœux de la majorité des Canadiens, le Parlement pourra commencer à rédiger une loi praticable pour régir le suicide assisté qui comporte de bonnes définitions, même si elles ne peuvent être parfaites, et de bonnes garanties, même si elles ne sont pas parfaites. Il n'y a pas de solution juridique parfaite, mais les Canadiens, et en particulier les Canadiens unitariens, réclament ce changement. Il n'y a peut-être pas de solution juridique parfaite, mais le statu quo ne semble pas être une solution du tout.

Je vous remercie de votre attention.

Le sénateur Perrault: C'est un mémoire très intéressant, monsieur Kiely. Je n'ai que quelques préoccupations.

Vous parlez du droit des malades incurables et au stade terminal de choisir la manière de leur mort. Vous n'avez pas fait état du tout des garanties qu'il faudrait mettre en place. Vous dites que

[Text]

are going to hear from other speakers on this. Does your church have a set of safeguards?

Let me tell you one concern that I have in connection with that theory. Let's say that Granny wins Lotto Canada but then she develops a terminal health problem. Would you rush down and help Granny die in the certain knowledge that you were about to inherit a half a million dollars from the Lotto Canada estate? Are there not inherent dangers in relatives assisting in the suicide?

Mr. Kiely: Absolutely. To answer your question, no, the church has not fully developed a list of safeguards at this point because we feel that would ultimately be the role of Parliament and the medical and legal professions. We are simply not competent to do that. All we are competent to do is make our value judgments.

Senator Perrault: You have noted the importance of having those safeguards.

Mr. Kiely: Absolutely. We see some suggestions that look good to us for that very reason. To the best of my knowledge, there have been no recent cases of people being prosecuted for assisting someone to die, but it happens, and sometimes it happens to Granny who has just won a million dollars.

Senator Perrault: You have pointed out the view of your church that people, as individuals, should make that basic decision. The other viewpoint, which was expressed in a British report, is as follows:

... dying is not only a personal or individual affair. The death of a person affects the lives of others, often in ways and to an extent which cannot be foreseen. We believe that the issue of euthanasia is one in which the interest of the individual cannot be separated from the interest of society as a whole.

Do you disagree with that?

Mr. Kiely: I have read it. I think it is a powerful statement. Our religion is rather on the cutting edge of believing in individual rights, come hell or high water. In that case, yes, I would say we disagree.

Senator Perrault: You say in your brief:

The living tradition we share draws from many sources: ... Jewish and Christian teachings which call us to respond to God's love by loving our neighbours as ourselves;

The Ten Commandments say, "Thou shalt not kill". What is the view of your church regarding that stern admonition in the Old Testament?

Mr. Kiely: Well, not to be facetious, but to quote an old Unitarian joke, Unitarians tend to prefer to see them as the ten suggestions.

If you start pouring over the Bible, you will find "Thou shalt not kill" in many instances of death taking place, is not only unpunishable but it is sanctioned by the powers that be. It is a confusing collection of books at best.

[Traduction]

d'autres témoins nous en parleront. Votre Église a-t-elle élaboré un ensemble de garanties?

Je vais vous dire une préoccupation que je nourris en rapport avec cette théorie. Disons que grand-mère gagne à la loterie, mais qu'elle soit ensuite frappée par une maladie fatale. Est-ce que vous vous précipiteriez pour aider grand-mère à mourir, en étant assuré que vous hériteriez d'un demi-million de dollars de gains de loterie? N'y a-t-il pas un danger inhérent à permettre à des parents de donner leur assistance au suicide?

M. Kiely: Absolument. La réponse à votre question est non, notre Église n'a pas élaboré une liste complète de garanties car nous pensons que c'est la responsabilité ultime du Parlement, des médecins et des juristes. Nous ne sommes tout simplement pas compétents pour le faire. Nous n'avons compétence que pour formuler des jugements de valeur.

Le sénateur Perrault: Vous avez souligné l'importance de telles garanties.

M. Kiely: Absolument. Nous avons vu un certain nombre de suggestions qui nous paraissent bonnes. À ma connaissance, il n'y a pas eu de cas récents de poursuites judiciaires contre des personnes ayant aidé quelqu'un à mourir, mais cela peut arriver, et parfois cela arrive à une grand-mère qui vient de gagner 1 million de dollars.

Le sénateur Perrault: Vous avez indiqué la conviction de votre Église que l'individu devrait pouvoir prendre cette décision fondamentale. Le point de vue opposé, qui a été exprimé dans un rapport britannique, est le suivant:

[...] mourir n'est pas seulement une affaire personnelle ou individuelle. La mort d'une personne retentit sur la vie d'autres, souvent d'une manière et dans une mesure qui ne peut être prévue. Nous considérons que la question de l'euthanasie en est une où l'intérêt de l'individu ne peut être séparé de l'intérêt de la société dans son ensemble.

Êtes-vous en désaccord?

M. Kiely: J'ai lu ce texte. Je pense qu'il est profond. Notre religion est plutôt à la pointe de la croyance dans les droits individuels, quoi qu'il advienne. En l'occurrence, oui, je dirais que nous sommes en désaccord.

Le sénateur Perrault: Vous dites dans votre mémoire:

La tradition vivante que nous partageons est inspirée de nombreuses sources: ... les enseignements juifs et chrétiens qui nous appellent à répondre à l'amour de Dieu en aimant nos prochains comme nous-mêmes;

Les Dix Commandements disent: «Tu ne tueras point». Quelle est la position de votre Église concernant cette admonestation sévère de l'Ancien Testament?

M. Kiely: Sans vouloir me montrer facétieux, mais pour reprendre une vieille plaisanterie unitarienne, nous préférons les considérer comme les dix suggestions.

Si vous lisez bien la Bible, vous y trouverez de nombreux cas où le commandement «Tu ne tueras point» est enfreint sans qu'il y ait sanction et même avec l'assentiment des autorités religieuses. C'est au mieux un assemblage incohérent d'écrits.

[Texte]

On top of that, our Unitarian sources draw from that and other sources as well in the sense that we consider the wisdom contained therein before coming to our own conclusion. We do not accept a credo fraternalism from any scriptural body as being absolute and without question.

Senator Perrault: You say you would like to see the program of palliative care extended in Canada. What are your thoughts and recommendations in that regard?

Mr. Kiely: Absolutely, and that is found in the full resolution. We specifically address assisted suicide.

I cannot speak for the remainder of the 5,000 Unitarians but, as a personal conviction, if palliative care were good enough, there probably would be fewer requests for assisted suicide, although I do not think they will be completely eliminated.

When reading some of the earlier proceedings of this committee, I noted that Senator Lavoie-Roux made the distinction between physical suffering and mental anguish. Palliative care goes a long way to treating the whole person, but there is some point where mental anguish may still supersede our very best efforts to help.

Senator Keon: Mr. Kiely, since yours is one of the many groups of people that are advocating some form of assisted death, how do you think it should be handled?

You mentioned that your mother is leery of the medical profession, and I can understand that, because many terminally ill patients are not adequately palliated for pain and so forth. Medical professionals are very defensive about the issue of inadequacies in alleviating pain and suffering.

Do you think this assistance should be performed by health professionals, or do you think a decision should be taken by a committee? How would you like to see your mother dealt with?

Mr. Kiely: My personal view is really in support of Mr. Ogden's suggestions which you will hear later, but that it would be handled by some kind of a committee and that the committee would certainly include "medical professionals". I use that term in its broadest sense. I think it should also at least give weight to the concerns of "family members", and I also use that in the broadest sense to include partners in life and going beyond distinctions of blood lines. All these people should have a role in making the decision. As to who would actually administer the medication, there are certainly medical professionals out there who will do that. That, I think, is a given.

Some form of a committee could have an ability to consider the whole case and to stipulate a waiting period, almost like a holding period. As was mentioned by the previous speaker, the person who feels they want to die today may not feel that way a week from now. I think a waiting period would be an acceptable kind of compromise.

[Translation]

En outre, les unitariens puisent à cette source mais aussi dans d'autres, en ce sens que nous pesons la sagesse des divers préceptes avant de tirer nos propres conclusions. Nous n'acceptons pas un fraternalisme érigé en credo dans quelque écrit que ce soit comme absolu et incontestable.

Le sénateur Perrault: Vous dites que vous aimeriez voir le programme de soins palliatifs renforcé au Canada. Quelles sont vos positions et recommandations à ce sujet?

M. Kiely: Absolument, et cela se retrouve dans le texte complet de la résolution. Nous y parlons spécifiquement de suicide assisté.

Je ne puis parler ici au nom des 5 000 autres unitariens mais ma conviction personnelle est que si les soins palliatifs étaient suffisamment bons, il y aurait probablement moins de demandes de suicide assisté, même si elles ne disparaîtraient pas complètement.

En lisant certains des témoignages antérieurs faits à ce comité, j'ai noté que le sénateur Lavoie-Roux établit une distinction entre la douleur physique et la souffrance mentale. Les soins palliatifs peuvent faire beaucoup pour soulager la personne entière, mais il peut arriver un moment où l'angoisse mentale peut l'emporter sur tous les efforts faits pour la soulager.

Le sénateur Keon: Monsieur Kiely, puisque votre groupe est l'un des nombreux qui préconisent une forme de mort assistée, comment voyez-vous les modalités?

Vous dites que votre mère se méfie de la profession médicale et je peux le comprendre, car nombre de patients en phase terminale ne reçoivent pas un traitement antidouleur adéquat et cetera. Quantité de médecins sont sur la défensive lorsqu'il est question des insuffisances de la suppression de la douleur et de la souffrance.

Pensez-vous que cette assistance devrait être donnée par des professionnels de la santé, ou pensez-vous qu'une décision doive être prise par un comité? Comment aimeriez-vous que cela se fasse dans le cas de votre mère?

M. Kiely: Mon avis personnel est conforme aux propositions de M. Ogden que vous entendrez ultérieurement, à savoir que la décision serait prise par une sorte de comité comprenant certainement des «professionnels de la médecine». J'utilise ce terme au sens le plus large. Je pense qu'il devrait également tenir compte de l'avis des «membres de la famille», et là encore j'utilise le terme au sens le plus large pour y englober les compagnons et compagnes, sans lien de sang. Toutes ces personnes devraient avoir un rôle à jouer dans la décision. Pour ce qui est de savoir qui administrerait la substance, il y a certainement des médecins qui sont prêts à le faire. Cela me paraît établi.

Une espèce de comité pourrait tenir compte de l'ensemble des circonstances et imposer une période d'attente. Ainsi que l'a mentionné l'intervenant précédent, la personne qui pense vouloir mourir aujourd'hui peut être d'un avis différent une semaine après. Je pense qu'une période d'attente serait un compromis acceptable.

[Text]

It will depend not so much on who is on the committee, but rather on how they weigh the evidence they hear. The evidence of medical professionals should count for something, but I think the evidence of the individual should also count for something, particularly if it is someone who has stated a desire not to prolong life over a course of years through living wills and things like that. Ultimately, we must listen, first and foremost, to the voice of the individual.

Senator Beaudoin: I understand your point of view, but you have to realize that there is a serious question of consent as well.

Mr. Kiely: Yes.

Senator Beaudoin: This committee must also study that aspect.

Other witnesses who appeared before you said that there is no way to draft legislation that will adequately deal with the problem. I know your answer will be that it is up to the legislator to find a way to give effect to a point of view, philosophical or otherwise. I put that argument on the table because it is a very serious one. You have clearly stated that you have nothing to say about it; that it is a problem for the jurists.

Mr. Kiely: Having read some of the proceedings of the committee, I understand how incredibly difficult it is going to be, and I do not envy you, the committee, or the legislators in Parliament's task. I do not know if you can actually find a solution. That would be very difficult for us.

To borrow a phrase from feminist rhetoric, there comes a point where you want to say, "Keep your laws off my body." If Parliament does not find a way to come to some reasonable and acceptable form of legislation, then the matter will be back in the Supreme Court again, as it was the first time, and people will continue to ignore the law. I would much rather see this kind of activity take place within the law with some constraints, with some attempted safeguards, however imperfect they may be.

Senator Beaudoin: We are aware that we will not solve this problem for all time. Our mandate is to study a very difficult and contentious issue. We must do our best. If we hear different points of view, our report will be more useful. After that, it will be up to the Minister of Justice, or the government, or the House of Commons and the Senate, to decide whether or not they will amend the legislation. Our mandate is to study and report. It is very interesting to hear many points of view, some of which may cause us some difficulties. The difficulties we have to overcome is what makes our task more interesting.

Senator Lavoie-Roux: What would your reply be to the objection that has been made this morning — and it has been made on several occasions when we were in Ottawa — that legalizing euthanasia or assisted suicide would put a great deal of pressure on people who feel that they are less useful and or have even become useless? I am thinking, for example, of that pressure being applied to elderly people, possibly even by their own families. They might feel that they are a burden on their

[Traduction]

Ce n'est pas tant la composition du comité qui importe que les éléments pris en considération. L'avis des médecins devrait compter, mais aussi celui de l'intéressé, particulièrement si cette personne a exprimé depuis plusieurs années son désir de ne pas prolonger sa vie, au moyen de testaments biologiques et de choses de ce genre. Au bout du compte, c'est la voix de l'individu concerné qui doit primer.

Le sénateur Beaudoin: Je comprends votre point de vue, mais vous devez bien voir qu'il se pose aussi un problème sérieux d'établissement du consentement.

M. Kiely: Oui.

Le sénateur Beaudoin: C'est un aspect que nous devons étudier également.

D'autres témoins qui ont comparu ici ont dit qu'il est impossible de rédiger une loi qui résolve le problème de façon adéquate. Je sais que votre réponse sera qu'il incombe au législateur de trouver le moyen de concrétiser un point de vue, qu'il soit philosophique ou autre. J'en parle parce que c'est un problème sérieux. Vous avez clairement indiqué que vous n'avez rien à dire à ce sujet, que c'est un problème qu'il incombe aux juristes de régler.

M. Kiely: Ayant lu certains des procès-verbaux du comité, j'ai conscience que ce sera incroyablement difficile et je ne vous envie pas votre tâche, à vous les membres du comité ou les législateurs. Je ne sais pas s'il est possible de trouver une vraie solution. Ce serait alors très difficile pour nous.

Pour emprunter un slogan à la rhétorique féministe, il arrive un moment où l'on a envie de dire «Ôtez vos lois de mon corps». Si le Parlement ne trouve pas une solution législative raisonnable et acceptable, alors la question sera de nouveau renvoyée à la Cour suprême, comme la première fois, et les gens vont continuer à ignorer la loi. J'aimerais mieux que ce genre d'activité se déroule dans le cadre de la loi, avec certaines contraintes, avec certaines garanties, aussi imparfaites soient-elles.

Le sénateur Beaudoin: Nous savons que nous ne résoudrons pas ce problème pour l'éternité. Notre mandat est d'étudier une question très difficile et controversée. Nous devons faire de notre mieux. Si nous entendons des points de vue divergents, notre rapport sera d'autant plus utile. Ensuite, il appartiendra au ministre de la Justice, au gouvernement, ou à la Chambre des communes et au Sénat, de décider s'ils veulent ou non modifier la loi. Notre mandat est d'étudier et de faire rapport. Il est très intéressant d'entendre des points de vue très divers, même si certains nous causent des difficultés. Ce sont les difficultés à surmonter qui rendent notre tâche si intéressante.

Le sénateur Lavoie-Roux: Que répondez-vous à l'objection qui a été faite ce matin (et elle a été formulée à plusieurs reprises pendant nos audiences d'Ottawa) à savoir que la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté placerait sous une forte pression des malades qui se sentent moins utiles ou sont même devenus inutiles? Je songe, par exemple, aux pressions pouvant être exercées sur des personnes âgées, peut-être même par des membres de leur famille. Ils peuvent considérer qu'ils sont un

[Texte]

children and on society. I think you are aware of this, not necessarily in terms of the family, but in terms of society itself. The economic constraints we live under presently could be another factor which may make people feel this way.

This is an important question, and we have heard of examples of this happening in the Netherlands. We will examine this aspect more carefully and review the statistics which were provided to us by many witnesses.

What would be your reply to this important objection?

Mr. Kiely: I would hope that whatever safeguard system is put in place it will include a certain amount of counselling. It would be very dangerous to allow committees to put strangers to death, if you take my point. It would be important for them to know the person they are dealing with.

About two years ago a woman in my congregation died of natural causes, but she really went through just a horrible time for many months. As her minister, I was privy to a number of conversations with her, and I knew absolutely that this woman wanted to die. She told me that in no uncertain terms. That was because we developed an extended counselling relationship. This woman was no stranger to me. Her niece was part of this as well. She was not a stranger. We were in total concurrence. The beautiful thing was that, had there been any means, the agreement would have been complete by all parties.

The best we can do is deal with each person as an individual. We would have to get to know the person as an individual. In so doing, we would begin to have some understanding of what their wishes and desires truly are. We also support the idea of living wills, advance care directives, whatever you wish to call them, because they help us get to know the state of mind of the person in advance.

In this province we are working towards new legislation that will allow the creation of representation of wills. It would be rather like a power of attorney, but more so, where we would be able to designate people to help others make those decisions.

Senator Lavoie-Roux: There should be careful counselling, and we should also ensure that there is adequate palliative care.

We also know that abuses against the elderly sometimes manifest themselves in very subtle ways. I am thinking of nursing homes or what we call "centres d'accueil" in Quebec. We know that people do not complain because they are afraid of retaliation.

You have probably read a great deal about abuse against the elderly. It is becoming a major problem, and it is becoming more common because of our aging population. We already witness so many abuses against the elderly. How can we be sure that this will not be an extra burden on the elderly?

Mr. Kiely: We cannot be sure, just as we cannot be sure that the elderly are not already being put to death.

[Translation]

fardeau pour leurs enfants et la société. Je pense que vous en avez conscience, pas nécessairement au niveau de la famille, mais de la société elle-même. Les contraintes économiques que nous connaissons actuellement pourraient être un autre facteur qui amène les gens à penser ainsi.

C'est une question importante et on a déjà vu des exemples de cela aux Pays-Bas. Nous examinerons cet aspect de plus près, de même que les statistiques qui nous ont été fournies par nombre de témoins.

Que répondez-vous à cette importante question?

M. Kiely: J'espère que les garde-fous qui seront mis place comprendront des services de counselling. Il serait très dangereux d'autoriser des comités à mettre des inconnus à mort, en quelque sorte. Il faudra que les membres des comités connaissent bien la personne à laquelle ils ont affaire.

Il y a deux ans environ, une femme de ma congrégation est décédée de causes naturelles, mais elle a terriblement souffert pendant de nombreux mois. Étant son pasteur, j'ai eu de nombreuses conversations avec elle et je savais de façon absolument certaine qu'elle voulait mourir. Elle me l'a dit sans aucune équivoque possible. J'étais devenu son conseiller spirituel. Cette femme ne m'était pas étrangère. Sa nièce était au courant également. Elle n'était pas une étrangère. Nous étions pleinement d'accord. La chose merveilleuse était que, si les moyens avaient existé, l'accord aurait été complet entre toutes les parties.

Le mieux que l'on puisse faire, c'est de traiter chaque personne comme un individu. Il faudrait apprendre à connaître la personne comme un individu. Ce faisant, on pourrait commencer à comprendre quels sont ses véritables souhaits et désirs. Nous sommes également partisans des testaments biologiques, des directives de soins anticipés, peu importe comment on appelle cela, car ils nous aident à connaître l'état d'esprit de la personne par avance.

Dans cette province nous travaillons à une nouvelle législation qui autoriserait la création de représentants testamentaires. Ce serait un peu comme une procuration, mais plus poussée, où l'on pourrait désigner les personnes qui aideraient d'autres à prendre ces décisions.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il faudrait un counselling poussé et il faudrait aussi veiller à l'existence de soins palliatifs adéquats.

Nous savons également que les abus commis à l'encontre des personnes âgées le sont parfois de manière très subtile. Je songe aux asiles ou ce que nous appelons au Québec les «centres d'accueil». Nous savons que les gens ne s'y plaignent pas parce qu'ils craignent des représailles.

Vous avez sans doute beaucoup lu sur les sévices infligés aux personnes âgées. Cela devient un problème majeur et de plus en plus répandu, à cause du vieillissement de la population. On constate déjà tellement d'abus commis contre les personnes âgées. Comment faire pour que cela ne devienne pas un fardeau supplémentaire pour les personnes âgées?

M. Kiely: On ne peut être sûr, tout comme on ne peut être sûr que l'on ne met pas déjà à mort des vieillards.

[Text]

One of the things that people who take a different view from me constantly argue is the possibility that a mistake or abuse will happen. They have not properly studied or considered the amount of abuse and outright murder that already does take place. I have no access to those figures at all, but I have a sense that that has been properly studied.

It is not a situation where tomorrow we will open the floodgates and all these things will happen. Today we are discussing a situation that is illegal. If there is a change in the law tomorrow, we will have a similar but different situation that is legal. The difference is that we would have the advantage of putting some safeguards into a situation where none presently exist.

If there is a case in this country where someone has been tried and convicted in the last ten years of committing an act of euthanasia, it certainly has not come to my attention. We had a case a couple of years ago where one of our provincial ministers was investigated briefly for possibly having given his father too much morphine. However, the police said, "No, that is not what happened", and the matter was dropped. I am just not aware of any cases where the courts or the police departments have even been willing to take this to the courts.

Senator Lavoie-Roux: I have posed this question to several other witnesses, and ignorance of the importance of this issue is worrisome. If we go a step further, we must ensure that the guidelines are adequate. If we do not do that, we will aggravate the problem rather than correct the abuse we have been discussing.

Mr. Kiely: Yes, I absolutely agree.

To go back to Senator Perrault's example and talk about my own mother, I am certainly aware that I would be in a very direct conflict of interest because a modest inheritance will come to me. Yes, there is financial gain but, personally, I am willing to wait for it. It is a very sticky question. I do not envy you your task.

The Chairman: Thank you very much.

We will now hear from one young lady who will make a five-minute intervention.

Ms Linda Meyer: Everybody so far has been talking about the rights of terminally ill adults. What about babies? They have rights too. I will address this issue as it relates to babies. My brief is entitled "Euthanasia: Doctor Assisted Suicide and The Right To Die".

Members of the Senate committee, fellow speakers, and the general public, suicide is not a crime in Canada. It is therefore ludicrous to legislate voluntary doctor-assisted suicide for terminally ill people as a crime. What is the difference between suicide and voluntary doctor-assisted suicide? If a terminally ill person is determined to terminate his or her life, with or without a doctor present, would it not be in the public interest and the utilitarian ideal to allow the person to have a doctor present? Remember, it is inevitable that the terminally ill person will die sooner or later. It is in the public interest and the utilitarian ideal to allow a terminally ill person like Sue Rodriguez to die a dignified,

[Traduction]

L'un des arguments qu'avancent sans cesse les gens qui ne sont pas de mon avis est le risque qu'une erreur ou un abus soit commis. Ils n'ont pas suffisamment étudié ou ne tiennent pas suffisamment compte des abus et même des meurtres qui se déroulent déjà actuellement. Je n'ai pas du tout accès à ces chiffres, mais je pense que des études ont été faites.

Ce n'est pas comme si demain on allait ouvrir tout grand les vannes et que toutes ces choses allaient arriver. Nous parlons aujourd'hui d'une situation qui est illégale. Si l'on change la loi, nous aurons demain une situation similaire, mais différente, qui est légale. La différence est que nous aurons la possibilité d'installer des garde-fous autour d'une situation qui n'en a actuellement aucun.

S'il est arrivé dans ce pays que quelqu'un ait été condamné, au cours des dix dernières années, pour un acte d'euthanasie, je n'en ai certainement pas connaissance. Il y a eu un cas il y a quelques années où l'un de nos ministres provinciaux a fait l'objet d'une courte enquête pour avoir peut-être donné à son père trop de morphine. Cependant, la police a dit «Non, ce n'est pas ce qui s'est passé», et l'affaire a été classée. Je n'ai connaissance d'aucun cas où les tribunaux ou la police aient même envisagé d'intenter des poursuites.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'ai posé cette question à plusieurs témoins et il est important de voir à quel point l'importance de ce problème reste ignorée. Si nous allons plus loin, nous devons veiller à ce que les lignes directrices soient adéquates. Autrement, on aggravera le problème plutôt que de rectifier les abus dont nous parlons.

M. Kiely: Oui, je suis tout à fait d'accord.

Pour en revenir à l'exemple du sénateur Perrault et parler de ma propre mère, j'ai conscience que je serais en conflit d'intérêt direct en raison d'un petit héritage qui me reviendra. Oui, il y aurait un gain financier mais, personnellement, je suis disposé à attendre le temps qu'il faudra. C'est une question très délicate. Je n'envie pas votre tâche.

La présidente: Je vous remercie.

Nous allons maintenant entendre une jeune femme qui va faire une intervention de cinq minutes.

Mme Linda Meyer: Jusqu'à présent tout le monde a parlé des droits des adultes atteints de maladie terminale. Qu'en est-il des bébés? Ils ont des droits aussi. Je vais aborder la question sous l'angle des bébés. Mon mémoire est intitulé: «Euthanasie: le suicide médicalement assisté et le droit de mourir».

Membres du comité sénatorial, co-témoins et mesdames et messieurs du public, le suicide n'est pas un crime au Canada. Il est par conséquent ridicule que la loi sanctionne comme un crime le suicide volontaire, médicalement assisté, de malades condamnés. Quelle est la différence entre un suicide et un suicide volontaire médicalement assisté? Si une personne condamnée par une maladie est déterminée à mettre fin à ses jours, avec ou sans la présence d'un médecin, ne serait-il pas dans l'intérêt du public et un idéal utilitaire que cette personne ait un médecin à ses côtés? N'oubliez pas, cette personne condamnée va mourir tôt ou tard, inévitablement. Il est dans l'intérêt du public et de l'idéal utilitaire

[Texte]

peaceful and painless death rather than a slow, cruel, horrible, agonizing and painful death.

Ironically, the American Medical Association, and probably the Canadian Medical Association, endorses the latter but not the former kind of euthanasia. The latter kind of euthanasia is called "passive euthanasia", and the former kind of euthanasia is called "active euthanasia". The American Medical Association adopted the following statement on the distinction between active and passive euthanasia: The intentional termination of the life of one human being by another — mercy killing — is contrary to that for which the medical profession stands and is contrary to the policy of the American Medical Association. The cessation of the employment of extraordinary means to prolong the life of the body when there is irrefutable evidence that biological death is imminent is the decision of the patient and/or his or her immediate family. The advice and judgment of the physician should be freely available to the patient and/or his or her immediate family.

Passive euthanasia may be endorsed by the American Medical Association, but it is not endorsed by the Canadian Constitution. The Constitution states that everyone has the right not to be subjected to any cruel and unusual treatment or punishment.

Lastly, passive euthanasia is unconstitutional because it subjects terminally ill people and/or babies to cruel and unusual treatment or punishment. For example, according to James Rachel's essay entitled "Active and Passive Euthanasia", which was published in the book *Contemporary Moral Problems*, some Down's syndrome babies are born with congenital defects and require operations if they are to live. Sometimes the parents and doctor will decide not to operate and let the infant die.

Do those doctors have a right to play God? Do they have a right to decide who lives and who dies? Letting a Down's syndrome infant with a congenital defect die is cruel and unusual punishment because it takes hours or even days for the infant to die from dehydration and infection. What if you had a baby that had Down's syndrome? What would you do?

Because of my extremely limited time, I am unable to elaborate on the topic of doctor-assisted suicide and the right to die. However, I have extra copies of my brief. I discuss the famous Karen Ann Quinlan case where the Supreme Court of New Jersey ruled in favour of euthanasia. I also discuss the Sue Rodriguez case.

Sue Rodriguez committed doctor-assisted suicide, and, interestingly enough, the doctor has yet to be charged. Why has he not been charged? According to the Criminal Code, he committed homicide, so why was he not arrested? It is because no jury in Canada will convict a doctor for assisting terminally ill Sue Rodriguez to terminate her life. A law is only as good as it is enforced. Why was that not enforced? Why was that doctor not arrested, charged, and convicted of murder?

[Translation]

de permettre à une personne au stade terminal comme Sue Rodriguez d'avoir une mort digne, pacifique et sans douleur au lieu d'une mort lente, cruelle, horrible et douloureuse.

Paradoxalement, l'Association médicale américaine et, sans doute, l'Association médicale canadienne sont favorables au deuxième type d'euthanasie mais pas au premier. Le deuxième type d'euthanasie est appelé «euthanasie passive», et le premier «euthanasie active». L'Association médicale américaine a adopté la déclaration suivante concernant la distinction entre l'euthanasie active et passive: la privation intentionnelle de la vie d'un être humain par un autre (le meurtre par compassion) est contraire à la raison d'être de la profession médicale et contraire à la politique de l'Association médicale américaine. L'interruption du recours à des moyens extraordinaires pour prolonger la vie du corps, lorsqu'il y a preuve irréfutable que la mort biologique est imminente relève de la décision du patient et/ou de sa famille immédiate. Les avis et jugements du médecin devraient être librement communiqués au patient et/ou à sa famille immédiate.

L'euthanasie passive est peut-être approuvée par l'Association médicale américaine, mais elle ne l'est pas par la Constitution canadienne. La Constitution dit que quiconque a le droit de ne pas être soumis à des traitements ou châtiments cruels et inhabituels.

Enfin, l'euthanasie passive est anticonstitutionnelle parce qu'elle soumet les malades en phase terminale et/ou les bébés à un traitement ou un châtiment cruel et inhabituel. Par exemple, ainsi qu'on peut le lire dans l'essai de James Rachel intitulé «Active and Passive Euthanasia», publié dans l'ouvrage *Contemporary Moral Problems*, certains bébés atteints du syndrome de Down naissent avec des défauts congénitaux et doivent être opérés si on veut qu'ils survivent. Parfois, les parents et le médecin décident de ne pas opérer et laissent l'enfant mourir.

Ces médecins ont-ils le droit d'usurper le rôle de Dieu? Ont-ils le droit de décider qui va vivre et qui va mourir? Laisser mourir un enfant atteint du syndrome de Down est un châtiment cruel et inhabituel car le nouveau-né met des heures ou même des jours à mourir de déshydratation et d'infection. Que feriez-vous, si vous aviez un bébé atteint du syndrome de Down?

Ne disposant que d'un temps extrêmement limité, je ne puis m'étendre sur le sujet du suicide médicalement assisté et du droit de mourir. Cependant, j'ai ici des copies supplémentaires de mon mémoire. J'y aborde le fameux cas de Karen Ann Quinlan où la Cour suprême du New Jersey s'est prononcée en faveur de l'euthanasie. Je parle également du cas de Sue Rodriguez.

Sue Rodriguez a commis un suicide médicalement assisté et il est intéressant de noter que le médecin n'a pas encore été inculpé. Pourquoi? Selon le Code criminel, il a commis un homicide, aussi pourquoi n'a-t-il pas été arrêté? C'est parce qu'aucun jury au Canada ne condamnera un médecin pour avoir aidé une Sue Rodriguez à mettre fin à ses jours. Une loi ne vaut qu'en autant qu'elle est appliquée. Pourquoi n'a-t-elle pas été appliquée? Pourquoi le médecin n'a-t-il pas été arrêté, inculpé et condamné pour meurtre?

[Text]

Dying is inevitable. However, terminally ill people and/or people who are kept artificially alive die prematurely, and, consequently, they should be allowed to exercise their right to die with dignity and peace, as this will enable them to concentrate on preparing for life after death.

As for those babies who die from dehydration and starvation, that is cruel and unusual punishment, and that violates our Constitution. Those babies should be given a lethal injection or they should be operated on, but doctors do not have the right to play God. Thank you.

The Chairman: Thank you, Ms Meyer. We will read your brief in full.

We will now adjourn for our luncheon break.

The committee adjourned until 1:30 p.m.

Upon resuming at 1:30.

The Chairman: We will commence this afternoon's session with our next witness, Mr. Russel Ogden.

Mr. Russel D. Ogden: Honourable senators, thank you for inviting me here today to speak to this important issue. It is an honour to be here. I also thank you for undertaking this tremendously difficult task, which is of significance to Canadians in general.

First, I wish to explain that I speak today only for myself. I do not represent any organization. Second, I am assuming that you have all had the opportunity to review my written brief, so I will not be referring directly to that brief except for a few specific items. Having said that, I would be happy to respond to any questions you may have that stem from the written brief, in addition to my oral presentation.

Third, I must be honest with you from the beginning and disclose my personal perspective. My personal ethical perspective with respect to euthanasia is one that respects the right to self determination and the right to choose an assisted death in certain circumstances. My perspective is formed and informed by my research into the phenomenon of euthanasia and assisted suicide. My research has formed my opinion, but my opinion is subject to change. My research is not comprehensive; it is only a small study. For that reason, I continue to research euthanasia and assisted suicide. At the moment I am part of a research team that is looking at two other studies enquiring into the phenomenon of euthanasia and the views of particular health care and social service groups in the province of British Columbia.

Having revealed my personal perspective, I am not convinced that my personal opinion should have that much value. Your committee has been inundated with the personal opinions, views and perspectives of many significant Canadians — scholars, physicians, ethicists — in this country. I am not dying. I can speak only as a non-dying person. I can only hope that if I become seriously ill, people will listen to me.

[Traduction]

La mort est inévitable. Cependant, les malades et/ou les personnes tenues artificiellement en vie meurent prématurément et il devrait par conséquent être de leur droit de mourir dans la dignité et la paix, afin qu'ils puissent se concentrer sur leur préparation à la vie après la mort.

Dans le cas des bébés qui meurent de déshydratation et d'inanition, c'est là un châtement cruel et inhabituel contraire à notre Constitution. Ces bébés devraient recevoir une injection mortelle ou bien être opérés, mais les médecins n'ont pas le droit de jouer à Dieu. Je vous remercie.

La présidente: Je vous remercie, madame Meyer. Nous lirons votre mémoire au complet.

Nous allons maintenant suspendre la séance pour le déjeuner.

La séance est levée jusqu'à 13 h 30.

Le comité reprend ses travaux à 13 h 30.

La présidente: Notre premier témoin, cet après-midi, est M. Russel Ogden.

M. Russel D. Ogden: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité aujourd'hui à prendre la parole au sujet de cette importante question. C'est pour moi un honneur. Je tiens d'ailleurs à vous dire à quel point je vous suis reconnaissant de vous être lancés dans cette entreprise extrêmement difficile qui intéresse tous les Canadiens.

J'aimerais tout d'abord préciser que je parle en mon seul nom, aujourd'hui; je ne représente pas d'organisme. De plus, je suppose que vous avez tous eu l'occasion de lire mon mémoire. J'éviterai donc de le citer, sauf quelques passages précis. Cela étant dit, je serai heureux de répondre aux questions que vous pourriez avoir au sujet de mon mémoire et de mon exposé.

Enfin, je serai honnête avec vous dès le début et vous dirai tout de suite quelle est ma position. Sur le plan éthique, en ce qui concerne l'euthanasie, je respecte le droit à l'autodétermination et le droit à une mort assistée dans certaines circonstances. Cette opinion a été formée et éclairée par mes recherches sur le phénomène de l'euthanasie et du suicide assisté. J'ai formé mon opinion, mais celle-ci peut changer. Ma recherche n'est pas exhaustive, elle n'a pas une grande envergure. C'est pourquoi je continue de m'intéresser à l'euthanasie et au suicide assisté. Actuellement, je suis membre d'une équipe de recherche qui projette d'effectuer deux autres études sur le phénomène de l'euthanasie et sur les vues de groupes particuliers de soins de santé et de services sociaux de la Colombie-Britannique.

Maintenant que vous savez à quelle enseigne je loge, je ne suis pas convaincu que cette opinion pèse beaucoup dans la balance. Votre comité a été inondé des opinions personnelles, des vues de nombreux Canadiens éminents, de savants, de médecins et d'éthiciens du pays. Je ne suis pas mourant. Je ne puis donc pas parler au nom des personnes à l'agonie. Je puis seulement espérer que, si je tombe gravement malade, on m'écouterà.

[Texte]

This morning I heard people say that if you listen to the patients and kill them, it is wrong. I have heard other people say that there are benefits in not listening, because these patients will change their minds later on. We simply do not understand enough about euthanasia at this point. We have not shifted ourselves beyond our own personal and ethical viewpoints with respect to this issue.

I am reminded of a letter that is written by Dennis Kay, a nine-year veteran of amyotrophic lateral sclerosis. He has written a book called *Laugh, I thought I'd Die*. Some of the letters in that book have been read previously on CBC's *Morningside*, which is, of course, Peter Gzowski's show. This particular letter was one that was read on *Morningside*, and was subsequently published in his book. I will read part of it to you because I think that Kay's perspective speaks to the heart of where our discussions surrounding euthanasia should come from. This is found on pages 204 and 205 of Dennis Kay's book where it states:

Dear Peter:

I had to put my two cents in on the Sue Rodriguez case. Not since Nancy B. has a story struck closer to home. It is as if the issue were a stone dropped in a pond, with rings of rhetoric spreading in every direction. Everybody and their dog is talking about it: government, officials, theologians, doctors, lawyers, Geraldo. Strangely enough, none of these people are actually dying. They talk and talk but in all likelihood won't face what they are talking about for another 30 or 40 years. I hear experts say things like, "We deal with death every day, when in reality they will deal with death but once. I don't care if they have degrees in forensic pathology; their opinions are inherently invalid. To make matters worse, be they religious, medical or judiciary potentates, they answer to powerful administrative bodies and elite fraternities; rarely to the individuals that they wish to control.

It is a humbling piece to read.

I wish to talk now about the taboos of euthanasia. One of the reasons for our lack of understanding about euthanasia is that we treat it as a social taboo. We discuss euthanasia as if it were somewhere out there. We have done the same with abortion. Euthanasia and abortion are in our communities, our hospitals and our own homes. I know many women who have had abortions. They are not cold-blooded killers. As a result of my research, I have also met several individuals who have performed acts of euthanasia, or assisted in suicide. They are not cold-blooded killers. I applaud your committee for undertaking the task of trying to understand some of the taboos around euthanasia.

I am a social worker. Part of my job is to investigate child sexual abuse. Approximately 10 or 15 years ago, child sexual abuse was virtually unheard of. If children tried to tell us about it, we either accused them of lying or decided that they had overactive imaginations. Because we now understand some of the

[Translation]

Ce matin, j'ai entendu des témoins vous dire que c'était mal d'obtempérer au désir des patients et de les tuer. D'autres vous ont dit que faire la sourde oreille avait du bon, parce que ces personnes changeront d'idée plus tard. Nous ne connaissons tout simplement pas suffisamment l'euthanasie à ce stade. Nous en sommes encore à exprimer nos vues personnelles et éthiques.

Cela me rappelle une lettre de Dennis Kay qui, depuis neuf ans, lutte contre la sclérose latérale amyotrophique. Il est l'auteur d'un livre intitulé *Laugh, I thought I'd Die*. Certaines des lettres que renferme ce livre ont déjà été lues à l'émission *Morningside* de la CBC, c'est-à-dire à l'émission de Peter Gzowski. La lettre dont je parle en faisait partie. Elle a par la suite été publiée dans le livre. Je me permets de vous faire lecture d'un passage, car je crois que M. Kay va droit au coeur du problème de l'euthanasie. Ainsi, aux pages 204 et 205 du livre de M. Kay, on peut lire:

Mon cher Peter,

Il fallait que j'ajoute mon grain de sel à l'affaire Sue Rodriguez. Je n'avais jamais été autant touché, depuis le cas de Nancy B. C'est comme si l'on avait lancé une pierre dans l'étang et que les ondes de rhétorique se propageaient dans tous les sens. Tout le monde en parle: le gouvernement, les fonctionnaires, les théologiens, les médecins, les avocats, Geraldo. Fait étrange, nul d'entre eux n'est mourant. Ils ne cessent de parler mais, selon toute vraisemblabilité, ils n'auront pas à faire face à leur mort pour 30 ou 40 ans encore. J'entends les experts dire, entre autres, qu'ils affrontent la mort tous les jours alors qu'en réalité, ils ne l'affronteront qu'une seule fois. Peu m'importe qu'ils soient diplômés en médecine légale, leur opinion est intrinsèquement invalide. Pire encore, qu'ils soient potentats religieux, médicaux ou judiciaires, ils ont des comptes à rendre à de puissants organes administratifs et à de puissantes confréries de l'élite, rarement aux personnes sur lesquelles ils souhaitent avoir un ascendant.

Cette lettre est une véritable leçon d'humilité.

J'aimerais passer maintenant au sujet tabou de l'euthanasie. L'une des raisons pour lesquelles nous comprenons mal l'euthanasie, c'est que nous traitons la question comme un tabou social. Nous parlons d'euthanasie comme si elle ne faisait pas partie de nos vies. Il en a été de même pour l'avortement. L'euthanasie et l'avortement sont des phénomènes présents dans nos collectivités, dans nos hôpitaux et dans nos propres foyers. Je connais bien des femmes qui se sont fait avorter. Elles n'ont pas tué de sang froid. Dans le cadre de ma recherche, j'ai aussi rencontré plusieurs personnes qui avaient pratiqué l'euthanasie ou aidé quelqu'un à se suicider. Elles non plus, elles n'ont pas tué de sang froid. Je félicite votre comité de chercher à comprendre certains des tabous qui entourent l'euthanasie.

Je suis un travailleur social. Dans le cadre de mes fonctions, je dois enquêter les plaintes d'abus sexuels sur les enfants. Il y a 10 ou 15 ans environ, on n'entendait jamais parler de ce phénomène. Si les enfants tentaient de nous en parler, soit que nous les accusions de mentir, soit que nous décidions qu'ils avaient une

[Text]

behaviour around child sexual abuse, we are in a better position to respond, not only to the needs of the sexually abused child but also to the needs of the offender, the parties, the parents and the caregivers who have to deal with these situations.

A similar sort of situation exists when it comes to euthanasia. There is a great deal that we do not understand about euthanasia because, like child sexual abuse and abortion, we have trouble dealing with it. It goes to our gut. At the moment, there is abundant literature on the law, the mortality, the ethics and the philosophy of euthanasia, but we do not understand who wants it, why they want it, who is involved in it, how it happens, and how often it happens. We certainly do not understand the decision-making processes of these individuals. We do not know if there is informed consent, if alternative treatments are being considered, or if cries for help are being misinterpreted in the name of compassion.

It is not enough to explore the morals and the ethics of euthanasia from a philosophical, legal, or social perspective as if it exists. We need hard data to inform the discussion. It seems that we are saying, "Please, let's not confuse the issues with the facts." But by ignoring the facts, we are neglecting our responsibility to develop social policy. We need facts to develop social policy, especially on an issue as critically important as this one.

Euthanasia involves, perhaps, the most important question of our lives: Is it all right to give consent for someone to take my life? Before I get into a discussion of some of the data that I have uncovered, I will talk briefly about moral issues, since that has been a dominant focus before your committee.

We human beings have shown that we have the capacity to make distinctions between the appropriateness or the acceptability of certain acts, depending on the context in which they occur. One act, for example, is sexual intercourse. We are able to understand sexual intercourse as an act of love, sometimes as an act of recreation, and sometimes as an act of violence or rape. It is the same act, but with different circumstances, different interpretations and different consequences.

Another act is physical violence. In the classic sense, physical violence is assault, but in another context, for example, boxing or our second national game of hockey, violence is considered to be part of the game. We are now addressing the taking of life.

In the classical sense, the taking of life is murder. We also justify the taking of life in other situations. At various times in North America, we have justified the taking of life in the context of capital punishment and in the context of self defence. We have also justified it where there is no intent to take life, such as the secondary effect of narcotic treatment, or the withdrawal of treatment. We say that that is not taking a life, although we know that death will occur. In other words, we justify it. We also justify the taking of life in the context of abortion. In some cases we also

[Traduction]

imagination débordante. Maintenant que nous comprenons en partie les comportements dans ces situations, nous sommes plus en mesure de réagir, non seulement aux besoins des victimes, mais également à ceux des agresseurs, des parties en jeu, des parents et des autres qui doivent prodiguer des soins et faire face à ces situations.

Le même genre de phénomène se produit lorsqu'il est question d'euthanasie. Le phénomène est encore très méconnu parce que, comme l'avortement et les abus sexuels sur les enfants, nous avons du mal à y faire face. La question nous prend aux tripes. Nous disposons actuellement d'une documentation abondante sur le droit, la mortalité, l'éthique et la philosophie de l'euthanasie. Toutefois, nous ignorons tout des personnes qui la souhaitent (leurs raisons, les participants, le déroulement et la fréquence). Certes, nous ne comprenons pas comment ces personnes arrivent à de telles décisions. Nous ne savons pas s'il y a consentement éclairé, si l'on envisage la possibilité de subir d'autres traitements ou si les appels à l'aide ont été mal interprétés au nom de la compassion.

Il ne suffit pas d'étudier la moralité et l'éthique de l'euthanasie sous l'angle de la philosophie, de la loi ou de la vie sociale. Ce qu'il nous faut, ce sont de véritables données qui éclaireront le débat. On semble dire qu'il ne faudrait pas confondre les questions et les faits. Toutefois, en ignorant les faits, nous négligeons notre responsabilité d'élaborer une politique sociale. Or, il faut disposer de faits pour élaborer une telle politique, surtout en ce qui a trait à une question aussi névralgique que celle-ci.

L'euthanasie nous force à nous interroger sur la question peut-être la plus importante de nos vies: ai-je le droit de consentir à ce que quelqu'un me tue? Avant de débattre de certaines des données que j'ai mises au jour, parlons brièvement des questions morales, qui ont été au coeur de vos délibérations.

Nous, les êtres humains, avons montré que nous sommes capables de faire des distinctions au sujet de la pertinence ou de l'acceptabilité de certains gestes, selon leur contexte. Prenons l'exemple des rapports sexuels. Nous sommes capables de les voir comme un geste d'amour, parfois un divertissement et, parfois encore, un acte de violence ou un viol. Le même geste, selon le contexte, sera interprété différemment et aura des conséquences diverses.

Prenons aussi l'exemple de la violence physique. Dans son sens classique, la violence physique est une agression mais, dans un autre contexte, par exemple durant un match de boxe ou de hockey, notre deuxième sport national, la violence est considérée comme faisant partie du jeu. Passons maintenant à l'acte de tuer.

Dans son sens classique, enlever la vie à quelqu'un constitue un meurtre. Nous justifions cependant cet acte dans d'autres situations. À diverses époques, en Amérique du Nord, nous avons justifié la mise à mort lorsqu'il s'agissait de la peine capitale ou d'autodéfense. Nous l'acceptons aussi si le geste n'était pas délibéré, par exemple s'il s'agissait de l'effet secondaire d'un traitement aux narcotiques ou d'une interruption de traitement. Nous ne parlons pas alors de mise à mort, bien que nous soyons conscients que quelqu'un en meurt. En d'autres mots, nous la

[Texte]

justify the taking of life when it comes to euthanasia or assisted suicide, so there is no universal taboo against the taking of life. We justify it by interpreting it differently, depending on the circumstances. The tough task for your committee is to determine where to draw the line.

I have written a criminalological thesis on euthanasia and AIDS. The purpose of this thesis is to explore the phenomenon of euthanasia as it applies to the AIDS population. Some people have used the data as a thesis speaking either for or against euthanasia. But that was not the purpose of the research project, which was an inquiry into the practice of the phenomenon of euthanasia. The thesis involved a small study from a self selected sample of two groups. I caution you in how you interpret the findings, and how you may choose to generalize them beyond the sample population.

I called the first group that I talked to, in other words the persons with AIDS group, the PWA group. In this group there were 18 people, including two women. These individuals were at various stages of HIV disease and AIDS. Interestingly, 78 per cent saw their support system as being adequate. However, 83 per cent also considered euthanasia or assisted suicide as being a choice. In other words, just under half not only believed that euthanasia was a choice, but also began to formulate their suicide plan or their assisted suicide plan. The reasons that they gave were varied, but a dominant feature was that, for 78 per cent of the sample, loss of control was a primary concern.

People with AIDS suffer many losses. They lose their jobs, sometimes their peer group, their family members, their partners, use of their bowels, their mental capacity, their mobility and their income. Often one of the few things remaining that they can keep — that is, provided they can keep their mental capacity — is the ability to make decisions. These decisions extend to the manner in which they would like to die, treatment decisions, non-treatment decisions, palliative care decisions, dying at home decisions, who will care for me decisions, and assisted suicide decisions or euthanasia.

With respect to the PWA group, the plans that they had formulated for their assisted death usually involved friends or family members; often, a physician was peripherally involved.

The second group that I spoke to was the euthanasia group. In this group I talked to 17 people, two of whom were women. They came from a variety of professional backgrounds. Approximately two were members of the clergy — that is, from mainstream denominations — and there were two physicians. A third of the sample came from the social services background. Often these individuals had both a professional and a personal relationship to the person that they had assisted, and that the discussions relating to assisted death took place over a prolonged period of time.

I discovered that here in British Columbia, euthanasia in the AIDS population occurs both with and without the assistance of physicians. Between 1980 and 1993, I learned of 34 cases of

[Translation]

justifications. Nous justifions aussi la mise à mort dans le contexte de l'avortement. Parfois, nous justifions aussi la mort lorsqu'il s'agit d'euthanasie ou de suicide assisté, de sorte qu'il n'existe pas de tabou universel contre l'acte d'enlever une vie. Nous le justifions en l'interprétant différemment, selon les circonstances. La dure tâche de votre comité consiste à décider où tirer le trait.

J'ai rédigé une thèse de criminologie sur l'euthanasie et le sida. Cette thèse avait pour objet d'étudier la pratique de l'euthanasie chez les sidéens. Certains se sont servis des données pour justifier ou pourfendre l'euthanasie. Toutefois, ce n'était pas l'objet du projet de recherche, mais bien d'étudier la pratique du phénomène. Pour faire cette thèse, j'ai choisi d'étudier brièvement un échantillon de deux groupes choisis par moi. Je vous engage à la prudence lorsque vous interprétez les conclusions de cette étude, surtout si vous choisissez de vous en servir pour faire des généralisations.

J'ai appelé le premier groupe que j'ai rencontré, c'est-à-dire le groupe des sidéens, le groupe PWA. Il était composé de 18 personnes, dont deux femmes, à divers stades du VIH et du sida. Fait intéressant, 78 p. 100 d'entre elles estimaient bénéficier d'un bon soutien. Toutefois, 83 p. 100 d'entre elles voyaient aussi l'euthanasie ou le suicide assisté comme une possibilité réelle. En d'autres termes, tout juste moins de la moitié non seulement croyaient que l'euthanasie était un choix, mais avaient également commencé à planifier leur suicide ou leur suicide assisté. Les raisons données étaient variées, mais, en règle générale, 78 p. 100 des malades ont cité la perte d'autonomie comme étant leur principale préoccupation.

Les sidéens subissent de nombreuses pertes. Ils perdent leur emploi, quelquefois leur groupe de pairs, des membres de la famille, leur partenaire, le contrôle de leurs intestins, leur capacité intellectuelle, leur mobilité et leur revenu. Souvent, l'une des seules choses qu'il leur reste (à condition, bien sûr, d'en avoir encore la capacité intellectuelle) est la capacité de prendre des décisions. Ces décisions portent sur la manière dont elles veulent mourir, sur les traitements, sur le refus de traitement, sur les soins palliatifs, sur le fait de mourir à la maison, sur qui prendra soin d'eux et sur le suicide assisté, ou l'euthanasie.

En ce qui concerne les membres du groupe PWA, la façon dont ils planifiaient leur mort assistée engageait habituellement le recours à des amis ou à des membres de la famille; souvent, un médecin était présent, à la périphérie.

Le second groupe dont j'ai parlé était le groupe de l'euthanasie. Je me suis entretenu avec 17 personnes de ce groupe, dont deux femmes. Leurs antécédents professionnels variaient. Approximativement deux d'entre eux étaient membres du clergé (c'est-à-dire des principales confessions) et deux étaient médecins. Un tiers de l'échantillon avait des antécédents en services sociaux. Souvent, ces personnes avaient eu une relation à la fois professionnelle et personnelle avec la personne qu'elles avaient aidée, et les discussions relatives à la mort assistée s'étaient déroulées sur une longue période.

J'ai découvert qu'ici, en Colombie-Britannique, l'euthanasie au sein de la population atteinte du sida se pratique tant avec que sans l'aide des médecins. Entre 1980 et 1993, j'ai eu connaissance

[Text]

assisted suicide or euthanasia amongst the AIDS population. I also learned of other deaths outside of the AIDS population, but I did not include those in my data. I have learned of many more deaths amongst patients with ALS, cancer and AIDS since the publication of these findings.

With respect to the situation in British Columbia, of the 34 deaths that I documented, 29 took place here in this province, but none of those deaths have resulted in any criminal charges. I conclude from that data that prohibition from euthanasia is not working well. A dominant feature of many of these deaths was the abysmal, horrific circumstances in which they took place. I have likened these botched assisted deaths to those of back street abortions. Some of you have seen the news accounts. You may have read my thesis on this subject.

Some of these deaths are horrible deaths, where patients vomit their drugs, patients are asphyxiated by their partners, or patients sometimes take over four days to die. The intent is a quick and easy death, but it does not always work out that way. The psychic scars that are left on the survivors are immeasurable.

Some of the people whom I talked to did not tell me everything. After the publication of my thesis, I had one participant come back to me and say, "You remember that death I told you about?" How could I forget, for example a death involving the administering of an overdose of drugs to a friend? That death occurred after over three years of discussion. After the patient slipped into a coma, or what the assistants believed was a coma, they then tied a plastic bag around his head and held it with a ribbon. While they were waiting for his breathing to stop, the patient had a momentary period of consciousness and he spoke through the bag something to the effect of, "Hey, guys, what's going on?" After three years of final discussion and after a carefully enacted plan, the legacy that the participants in this room are left with is the phrase, "Hey guys, what's going on?" We have to wonder what kind of an impact that leaves on those who believed that what they were doing was right, but who did not have the means to do it properly.

You have heard from many in the palliative care community about the need for enhanced palliative care. I agree that there is a need for improved palliative care in this country. However, I am not convinced that palliative care and euthanasia are opposites to each other. Both palliative care and euthanasia may be on the same continuum of care.

As part of my brief I submitted to you an article that was published in the *Journal of Palliative Care* entitled "Palliative Care and Euthanasia, a Continuum of Care". The article suggests that palliative care and euthanasia sometimes occur with the same patient. I draw your attention to Sue Rodriguez. She received palliative or hospice care for over 18 months, yet she still chose an assisted death. In their press release, her palliative care providers argued that Sue Rodriguez' fears of a choking death, as well as many of her other symptoms, were relieved.

[Traduction]

de 34 cas de suicide assisté ou d'euthanasie au sein de ce groupe. J'ai également eu connaissance d'autres décès, à l'extérieur du groupe des sidéens, mais je ne les ai pas inclus dans mes données. Depuis la publication de ces résultats, j'ai eu connaissance de nombreux autres décès parmi les personnes atteintes de SLA, de cancer et du sida.

Pour ce qui est de la situation particulière à la Colombie-Britannique, 29 des 34 décès que j'ai documentés se sont produits dans cette province, mais aucun n'a donné lieu à des poursuites pénales. Ces données me portent à croire que l'interdiction de l'euthanasie n'est pas appliquée à la lettre. Beaucoup de ces morts se déroulent dans des conditions épouvantables et horribles. Ces suicides bâclés m'ont rappelé les avortements clandestins. Certains d'entre vous en ont entendu parler aux bulletins d'actualité. Vous avez peut-être lu ma thèse sur le sujet.

Certaines de ces morts sont horribles: le patient vomit les drogues administrées, un autre est asphyxié par son partenaire ou un autre encore met quelquefois plus de quatre jours à mourir. On recherchait une mort facile et rapide. Cependant, ce n'est pas toujours ce qui se produit. Les cicatrices psychiques qui marquent les survivants sont incommensurables.

D'aucuns à qui j'ai parlé ne m'ont pas tout dit. Après la publication de ma thèse, l'un des participants m'a dit: «Vous rappelez-vous cette mort dont je vous avais parlé?» Comment aurais-je pu oublier, par exemple, une mort où il était question d'administrer une surdose de médicaments à un ami? Cette mort s'est produite après plus de trois ans de discussions. Lorsque le patient était dans un état comateux, ou du moins ce que ses aides estimaient être un état comateux, ceux-ci lui ont enveloppé la tête d'un sac de plastique qu'ils ont attaché au moyen d'un ruban. Alors qu'ils attendaient son dernier souffle, le patient a eu un regain momentané de conscience. À travers le sac, il leur a dit quelque chose du genre: «Hé, les gars, que se passe-t-il?» Après en avoir discuté pendant trois ans et avoir soigneusement planifié, tout ce qu'en conservent les personnes présentes dans la pièce comme souvenir, c'est la phrase: «Hé, les gars, que se passe-t-il?» On ne peut faire autrement que de s'interroger sur les répercussions que cela a eu sur ceux qui croyaient bien faire, mais qui n'avaient pas les moyens de le faire correctement.

Bien des membres du milieu des soins palliatifs vous ont parlé du besoin de les améliorer. Je suis d'accord qu'au Canada, les soins palliatifs pourraient être améliorés. Cependant, je ne suis pas convaincu que soins palliatifs et euthanasie soient des termes réciproquement exclusifs. Les deux peuvent faire partie du même tout.

Dans mon mémoire, je vous ai présenté un article paru dans le *Journal of Palliative Care* et intitulé *Palliative Care and Euthanasia, a Continuum of Care*. Dans cet article, l'auteur laisse entendre que les soins palliatifs et l'euthanasie sont parfois offerts au même patient. J'attire votre attention sur le cas de Sue Rodriguez. Elle a reçu des soins palliatifs ou en maison de santé pendant plus de 18 mois et, pourtant, elle a tout de même choisi d'avoir une mort assistée. Dans leur communiqué de presse, ceux qui lui prodiguaient les soins palliatifs ont soutenu qu'ils l'avaient

[Texte]

Despite that good care, she still went on to have an assisted death.

Furthermore, in researching my thesis, I discovered that some of the AIDS patients who were in palliative care chose to leave palliative care facilities and go home to have an assisted death. I do not know what their personal reasons were for doing that, but their survivors, their assistants, told me that those patients were pleased with the quality of care that they had been receiving. However, they believed that the dying was taking just too long, and that they were ready to go. In that sense, perhaps, palliative care had prepared them for death but death was not prepared to come.

Additional evidence for the need to consider palliative care and euthanasia on a continuum comes in the form of a poster that was displayed at the 1993 AIDS conference in Berlin. There, some German researchers produced a short study stating that, in the context of terminal palliative care, holistic care must include the option of accompanied suicide. Therefore the patient's request needs to be discussed with relatives, friends, and other persons from different professions such as psychologists, nurses, doctors, and social workers. The researchers concluded that the request in Germany for what they called "an accompanied suicide" often decreases where a dignified natural death also includes the option of suicide. In other words, if the option of suicide is available in the palliative care model; and if discussions can occur concerning that option, often the patient will not act upon that choice.

This perspective in Germany and my perspective on the continuum of care is remarkably different than that which has often been brought before you. Many palliative care proponents have told you that palliative care is the dominant solution. I am not sure that palliative care proponents are fully skilled in listening to the needs of patients. I am aware of at least one Canadian hospice, or palliative care institution, that has on at least one occasion asked a patient who is requesting an assisted death to withdraw from that program if he or she is seriously planning to pursue death. Such a stance from a palliative care perspective is hardly therapeutic. I ask you: Is there really only one morally right way to die?

Another issue that has been raised before you is the "slippery slope" argument. To generate a "slippery slope" argument, we must show that there has been some change in the practice of euthanasia before, or as a result of, a policy shift. However, we do not have any research to show this. The Netherlands is scrambling to produce data regarding where they have been with respect to euthanasia, and where they are now, so that they can determine whether or not they are on a "slippery slope."

The "slippery slope" argument is a good one. It is a strawman argument, and one that Professor Glanville Williams has called "the trump card" of the traditionalists opposed to euthanasia. Here in Canada, we are in a prime position to find out if we will

[Translation]

soulagée de ses craintes de mourir suffoquée et de beaucoup de ses autres symptômes. En dépit de l'excellence des soins, elle a tout de même opté pour une mort assistée.

Par ailleurs, en effectuant la recherche pour ma thèse, j'ai découvert que certaines personnes atteintes du sida qui recevaient des soins palliatifs ont décidé de quitter l'établissement où elles recevaient ces soins et de retourner à la maison pour avoir une mort assistée. J'ignore leurs raisons personnelles de le faire, mais leurs survivants, ceux qui les ont aidées, m'ont affirmé que ces patients étaient contents de la qualité des soins qu'ils avaient reçus. Toutefois, ils estimaient que l'agonie était tout simplement trop longue et qu'ils étaient prêts à quitter ce monde. En ce sens, peut-être, la médecine palliative les avait préparés à la mort, mais la mort tardait à venir.

Autre preuve du besoin de voir les soins palliatifs et l'euthanasie comme un tout vient d'une affiche en montre lors de la conférence sur le sida qui s'est tenue à Berlin, en 1993. Là-bas, des chercheurs allemands ont produit une courte étude dans laquelle ils affirment que, dans le contexte des soins palliatifs assurés aux malades en phase terminale, les soins holistiques doivent inclure l'option d'un suicide accompagné. Par conséquent, le patient doit discuter de sa requête avec ses proches, ses amis et d'autres personnes exerçant différentes professions, comme des psychologues, des infirmières, des médecins et des travailleurs sociaux. Les chercheurs ont conclu que la demande de ce qu'ils ont qualifiée de «suicide accompagné» en Allemagne diminue souvent lorsqu'on inclut, dans la définition de mort naturelle dans la dignité, le choix de se suicider. En d'autres mots, si la médecine palliative comprend la possibilité de se suicider et s'il est permis d'en discuter, souvent, le patient ne choisira pas cette option.

Cette façon d'aborder la question et la mienne qui consistent à voir les soins comme un tout sont nettement différentes de ce que vous avez souvent entendu jusqu'ici. De nombreux partisans des soins palliatifs vous ont affirmé que cette médecine était la meilleure solution. Je ne suis pas convaincu qu'ils ont toutes les qualités nécessaires pour être attentifs aux besoins des patients. Je connais au moins un établissement canadien de soins palliatifs qui a, à au moins une occasion, demandé à un patient qui demandait une mort assistée de se retirer du programme s'il envisageait sérieusement de se donner la mort. D'un point de vue palliatif, une telle position est loin d'être thérapeutique. Je vous pose la question: n'existe-t-il qu'une façon valable, sur le plan moral, de mourir?

Un autre argument qui a été invoqué est celui de la «pente glissante». Pour invoquer un tel argument, il faut prouver que la pratique de l'euthanasie a changé avant une réorientation de la politique ou à la suite d'une telle réorientation. Cependant, rien ne le prouve. Les Pays-Bas font des pieds et des mains pour produire des données sur la pratique passée et actuelle de l'euthanasie en vue de pouvoir juger s'ils se sont engagés ou non sur une «pente glissante».

L'argument est bon. Les traditionalistes opposés à l'euthanasie l'invoquent comme une sorte d'épouvantail, c'est leur «atout», comme le dit le professeur Glanville Williams. Ici au Canada, nous avons l'occasion rêvée de savoir si nous nous trouverons

[Text]

ever get into a slippery slope argument. We need to research what is happening with respect to euthanasia now. We also must know where we are and where we have been with respect to these practices, and that research will be available not only to your committee, or be valuable for its own sake, but will also help inform us in the event that euthanasia may become legal or regulated. It will help to inform us whether or not we are getting on to a slippery slope.

This leads me to discuss the issue of the integration of policy with research. Bioethics is a two-way street. Policy must inform and guide practice, but practice should also inform and guide policy. At the moment we have no way of knowing if the legal prohibition on euthanasia is having any significant impact on its practice. In Canada, we need some comprehensive euthanasia policy, but that should only occur with the guidance of research. We need a national study similar to that of the Dutch Rummelink report, but it must also go beyond that report.

We know that euthanasia is occurring in Canada with and without the assistance of physicians. We need to explore euthanasia, not only in the context of physician practice but also in the context of others who are involved in this behaviour.

Parallel to a study of the phenomenon of euthanasia, we should also be looking at the stakeholders in this debate. We need some comprehensive analysis of the perspectives of those who are dying. We must know what the attitudes of the terminally and incurably ill are. Do they want euthanasia? Why do they want euthanasia? If they had other treatments or options, would the requests for euthanasia be abated?

I realize that you are not all social scientists, but science is the quest for truth. That is part of what the committee is doing, namely looking for some truth in how society should respond to these important issues. If we do not look to science to give us some answers, we are putting our heads in the sand.

Having spoken about science, I wish to caution you with respect to academic integrity. I reviewed the proceedings of the Senate up to issue No. 12 on July 5. Some of your participants referred to statistics and studies that I, as a researcher, have not been able to locate, and I have been looking into this issue comprehensively for several years. I am always alarmed when there is a new study that is only a couple of years old, of which I am not aware. I wrote, therefore, to your participants and asked, "I do not have this reference. May I have the original citation, please?" More than once I have been told, "I am sorry, Mr. Ogden, I do not have that reference. But I am sure that it is true because so and so told me so. I suggest you contact him or her." I then write a letter to the person I was referred to, and I get the same reply.

[Traduction]

jamais sur une pente glissante. Nous devons effectuer de la recherche afin de savoir ce qu'il en est actuellement de cette pratique. Nous devons également connaître la fréquence du recours actuel et passé à l'euthanasie. Non seulement votre comité disposera-t-il de cette recherche, qui pourrait être utile en soi, mais il sera également renseigné, si jamais l'euthanasie venait à être légalisée ou réglementée. Nous saurions ainsi si nous empruntons une pente glissante.

Cela m'amène à la question de l'intégration de la politique à la recherche. La bioéthique est une rue à double sens. La politique doit éclairer et guider la pratique, mais la pratique devrait aussi éclairer et guider la politique. Actuellement, nous n'avons aucun moyen de savoir si l'interdiction légale de l'euthanasie a une influence appréciable sur sa pratique. Le Canada doit se doter d'une quelconque politique globale en matière d'euthanasie, mais il ne devrait le faire qu'après avoir effectué de la recherche. Il faut mener une étude nationale du genre de celle qui a abouti au rapport hollandais Rummelink, mais il faut aussi aller plus loin encore.

Nous savons que l'on pratique l'euthanasie au Canada, avec et sans l'aide de médecins. Nous devons étudier la question, non seulement sous l'angle de la médecine, mais également sous l'angle d'autres personnes qui sont engagées dans ce genre d'activité.

Parallèlement à l'étude de l'euthanasie, nous devrions aussi nous intéresser à ceux qui ont des enjeux dans ce débat. Il nous faut faire une analyse complète du point de vue de ceux qui se meurent. Nous devons connaître l'attitude des malades en phase terminale et des malades incurables. Souhaitent-ils l'euthanasie? Pourquoi? S'ils avaient d'autres choix ou d'autres traitements à leur disposition, les demandes d'euthanasie seraient-elles moins nombreuses?

Je sais que vous n'êtes pas tous des spécialistes des sciences sociales, mais la science demeure une quête de la vérité. C'est ce que fait, en partie, le comité, c'est-à-dire qu'il cherche une vérité sur la façon dont la société devrait réagir à ces importantes questions. Si nous ne faisons pas appel à la science pour obtenir des réponses, nous refusons de voir les choses comme elles sont.

Puisqu'il est question de science, je tiens à vous mettre en garde contre la malhonnêteté de certains chercheurs. J'ai lu les fascicules des délibérations jusqu'au 5 juillet, c'est-à-dire jusqu'au fascicule n° 12. Certains témoins ont cité des données statistiques et des études que moi, en tant que chercheur, je n'ai pu trouver et, croyez-moi, depuis le temps que je fais cela, je m'y connais. Les nouvelles études qui ne datent que de quelques années et dont je n'ai jamais entendu parler me font toujours un peu peur. J'ai donc écrit à ces témoins pour leur demander les coordonnées de l'ouvrage cité, la citation exacte. Plus d'une fois, on m'a répondu que, malheureusement, l'on n'avait pas la référence, mais que l'on était convaincu de la véracité de l'affirmation parce que untel l'avait dit. On me conseillait de communiquer avec cette source. J'ai ensuite écrit à la personne nommée, qui m'a fait la même réponse.

[Texte]

It is bad enough that we have so little data on euthanasia, but it is even worse that some of the data that may or may not exist out there is being horribly distorted. I caution you, when you produce your final report and you refer to data, make sure you have the original citation. Otherwise, your committee will be perpetuating some of the urban myths that already exist.

In summary, we need to move beyond the discussion of the hypothetical. We must look toward a sober, thoughtful consideration of facts or data. It is irresponsible for policy of this nature to be developed in the absence of data, and in the absence of policy proposals upon which policy assessments can focus. Therefore, I make the following recommendations to your committee:

First, I recommend the promotion of research on a national scale, designed to explore the perspectives of the terminally ill regarding end-of-life treatments and end-of-life decisions, including palliative care and euthanasia.

Second, there should be the promotion of research on a national scale that explores the phenomenon of euthanasia and assisted suicide as it pertains to the practices of physicians, nurses, health care workers, and others who have been involved in acts hastening the death of terminally ill patients or incurably ill patients. Such research should be supported by some legislation, or at least Minister of Justice approval, that will protect the participants in the study and the researchers from litigation. As a consequence of doing my research, I am in a precarious situation before the B.C. coroner's office.

Finally, if your committee is to look seriously at policy issues, you should consider the formulation of a policy proposal that will address the multiple issues concerning euthanasia and other end-of-life decisions. This policy proposal would subsequently be used to form the basis upon which future policy assessments may focus.

Senator Lavoie-Roux: The question of research that you pointed out as being important is of great concern to me. We can say that we will clarify certain things regarding withdrawal of treatment, or refusal of treatment and use of sedation, and so on, and let things go when we know that an alternative, namely euthanasia, is probably already being considered. In fact, there are probably cases of euthanasia or "easy dying" already occurring in nursing homes and hospitals. But how do you go about dealing with such a thing? You might ask the Minister of Justice to protect the people who would be willing to collaborate, but that is only one aspect. That is the legal sanction if they are sued. Also to be considered is the judgment of their peers, the judgment of the institution, and the judgment of the many people who could also be obstacles to the gathering of all the research that you would require. While this research is ongoing, what action should be taken to control the situation? In the meantime, there are still those people, in the case of AIDS, for example, who continue the practice of euthanasia in back alleys, and so on.

[Translation]

Que nous disposions de si peu de données sur l'euthanasie, passe encore, mais que certaines données, réelles ou pas, soient si effroyablement faussées, c'est inacceptable. Je vous engage donc à la prudence: lorsque vous produirez votre rapport final et que vous mentionnerez des données, faites en sorte d'avoir la citation originale, sans quoi votre comité perpétuera certains mythes urbains qui ont déjà cours.

En résumé, il nous faut porter le débat au-delà de l'hypothétique et rechercher une analyse sobre et réfléchie des faits ou des données. Il est irresponsable d'élaborer une politique de cette nature en l'absence de données et en l'absence de propositions que l'on pourrait évaluer. Voici donc mes recommandations.

En premier lieu, je recommande que l'on favorise une étude nationale du point de vue des malades en phase terminale concernant les traitements administrés durant l'agonie et les décisions de mourir, y compris les soins palliatifs et l'euthanasie.

En deuxième lieu, il faudrait commander une étude nationale du phénomène de l'euthanasie et du suicide assisté tels qu'ils sont pratiqués par les médecins, les infirmières, les travailleurs des soins de santé et d'autres personnes qui ont participé à des actes précipitant la mort de malades en phase terminale ou de malades incurables. Une telle étude devrait recevoir l'appui d'une loi ou, du moins, l'aval du ministre de la Justice afin de protéger contre toute poursuite ceux qui y participent et les chercheurs. À cause de mes recherches, j'ignore quelle décision prendra le bureau du coroner de la Colombie-Britannique à mon sujet.

Enfin, si votre comité veut faire une étude sérieuse des questions associées à la politique, il devrait envisager la possibilité d'élaborer une proposition de politique qui réglerait les multiples questions concernant l'euthanasie et d'autres décisions de mort. Cette proposition servirait ensuite de base pour évaluer la politique.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cette question de la recherche dont vous soulignez l'importance me préoccupe beaucoup. Nous pouvons dire que nous éclaircirons certains points relatifs à l'interruption ou à la non-administration de traitement, à son refus et au recours aux sédatifs, et ainsi de suite, et laisser faire quand nous savons qu'une autre solution, c'est-à-dire l'euthanasie, est probablement déjà envisagée. En fait, il existe probablement déjà des cas d'euthanasie ou de «mort facile» dans les maisons de retraite et dans les hôpitaux. Mais comment s'y prendre pour régler une telle question? Vous pourriez demander au ministre de la Justice de protéger les gens qui seraient disposés à collaborer, mais il ne s'agit-là que d'une seule dimension du problème, c'est-à-dire la sanction légale si ces personnes sont poursuivies. Il faut aussi tenir compte du jugement de leurs pairs, du jugement de l'établissement et du jugement porté par les nombreuses personnes qui pourraient faire obstacle à la collecte de tous les renseignements dont vous auriez besoin. Pendant que la recherche est en cours, quelles mesures faudrait-il prendre pour contrôler la situation? Entre-temps, des gens, des sidéens par exemple, continueraient de pratiquer l'euthanasie clandestinement, et ainsi de suite.

[Text]

Some people are requesting that we liberalize the law. Whether or not we do that, the problem remains that if euthanasia is performed in this country, we should know at what rate and in what circumstances. In the same way that we should protect our population against the slippery slope argument, we should also protect them against what may not be abuse but lack of proper knowledge to assist in suicide.

Could you elaborate more on your research perspective?

Mr. Ogden: There are two fundamental questions: First, how do we go about doing such research, and second, what can we do in the meantime, given that this is already occurring?

Concerning research, the answer is relatively easy. You establish a Royal Commission to study the subject, or you request specific bodies to go about doing studies. The study that I did was relatively straightforward. I put some articles into newsletters, gave presentations at various organizations, raised the profile of the study and people came forward to talk to me. Of the two studies in which I am involved now, one has already been approved. It will be an analysis of the attitudes and experiences of registered social workers in this province. That study will be conducted by way of postal surveys so that it is completely anonymous. There is no possibility of tracing any of the data back to any of the participants. It is simply, "Check the box, let us know what your attitudes are, and let us know what you have experienced."

Another study for which I am hoping to receive funding approval concerns the attitudes and practices of registered nurses in this province with respect to euthanasia and other end-of-life decisions. Again, that is a similar instruction to the social worker instrument that I described; in other words, no possibility of anyone being discovered.

We can do retrospective studies such as those that are done in the Netherlands, whereby physicians are asked to fill in a survey questionnaire delineating how frequently they have been requested to perform euthanasia, whether they have acted on these requests, and what the decision-making processes were leading to those requests. Those kinds of surveys can be done relatively easily and harmlessly.

We then get into the more difficult area of face-to-face interviews. That kind of interview will take a lot more courage on the part of not only the sponsoring agency but also the individual researchers. My experience of talking to people who are nearly dead, and talking to people who have assisted in the deaths of persons with AIDS, was an excruciating one. I was not prepared mentally for what I discovered. In the interim, we must proceed safely with our inquiry into the prevalence of euthanasia simply by anonymous postal surveys.

Your other question was: What do we do in the meantime? A number of things can be done immediately with respect to the Criminal Code that will bring the code more in line with common law. I am sure that your legal advisers have made those

[Traduction]

D'aucuns demandent que nous assouplissions la loi. Que nous le fassions ou pas, il n'en demeure pas moins que si l'on pratique l'euthanasie au pays, nous devrions en connaître la fréquence et les circonstances. Tout comme nous devrions protéger notre population contre l'argument de la pente glissante, nous devrions aussi la protéger contre ce qui n'est peut-être pas de l'abus, mais un manque des connaissances voulues pour aider quelqu'un à se suicider.

Pourriez-vous nous en dire davantage au sujet de cette question de la recherche?

M. Ogden: Deux questions fondamentales se posent: d'une part, comment s'y prend-on pour effectuer de telles recherches et, d'autre part, que pouvons-nous faire entre-temps, étant donné que la pratique a déjà cours?

En ce qui concerne la recherche, la réponse est relativement facile. Il faut établir une commission royale d'enquête pour étudier la question ou demander à certains organes précis d'effectuer les études. L'étude que j'ai menée était relativement simple. J'ai publié des articles dans des bulletins, fait des exposés devant divers organismes, fait connaître l'étude, et les gens se sont présentés. Des deux études auxquelles je participe actuellement, l'une a déjà été approuvée. Il s'agira d'analyser les attitudes et les expériences de travailleurs sociaux reconnus dans cette province. L'étude sera menée au moyen de questionnaires envoyés par la poste, de manière à protéger l'anonymat. Il est impossible de trouver la source des données. Nous leur demandons simplement de cocher la bonne case, pour nous faire connaître leur attitude et leurs expériences.

Une autre étude pour laquelle j'espère recevoir des fonds vise les attitudes et les pratiques d'infirmières agréées de cette province en ce qui concerne l'euthanasie et d'autres décisions de faire mourir. Encore une fois, l'anonymat est assuré, c'est-à-dire qu'on ne peut connaître le nom des participants.

Nous pouvons effectuer des études de rétrospection comme celles qu'effectuent les Pays-Bas, dans le cadre desquelles on demande à des médecins de remplir un questionnaire précisant la fréquence à laquelle ils sont priés de pratiquer une euthanasie, la réponse qu'ils ont fait à ces requêtes et sur quel processus décisionnel elles se fondaient. Ce genre d'étude peut s'effectuer de manière relativement facile et inoffensive.

Arrivent alors la phase plus difficile des entrevues personnelles. Ce genre d'entrevue exigera beaucoup plus de courage de la part non seulement de l'organisme de parrainage, mais également des chercheurs individuels. Parler, comme je l'ai fait, à des agonisants ou à des personnes qui ont aidé des sidéens à mourir a été une expérience déchirante. Je n'étais pas prêt, mentalement, à affronter cette réalité. Entre-temps, il faut poursuivre en toute quiétude l'enquête sur la fréquence de l'euthanasie, simplement au moyen de questionnaires anonymes envoyés par la poste.

Vous avez aussi demandé ce qu'il faut faire entre-temps. Plusieurs mesures pourraient être prises immédiatement en ce qui concerne le Code criminel afin de le faire coïncider davantage avec le «common law». Je suis convaincu que vos conseillers

[Texte]

recommendations. With respect to assisted suicide, Canada would not turn upside down if we were to eliminate sections 241(a) and (b) of the Criminal Code. We still have the provisions for murder, and individuals who have committed an act of murder can still be tried in that manner. However, I speak to you today as a researcher, and my legal or personal opinion with respect to law reform should not carry that much weight in the circumstances.

Senator Lavoie-Roux: You feel that if we are to establish a policy or make recommendations to modify legislation, those recommendations or that policy should be based on solid research. But you also say, "In the meantime let's go ahead and liberalize before the research is completed."

Mr. Ogden: You may consider it a liberalization to eliminate section 241 of the Criminal Code, but in Canada we do not have many prosecutions centred around this section. I have been researching some criminal court cases pertaining to section 241, and I discovered that the only time that that section had been applied was in 1963, in a case relating to an Inuit individual. However, it is possible that there may have been one or two other cases in the 1940s and 1950s, also in the Inuit population. We would be striking down a law that, at best, seems ineffectual anyway.

Senator Lavoie-Roux: Do you think that an avenue that could be examined could be with the coroner? After all, when a death is reported in a hospital, or at home, or on the street or wherever, do you have any knowledge as to the efficiency or effectiveness of coroners to establish the real cause?

Mr. Ogden: First, for a coroner to be notified of the death, the death must be declared to have been caused by something unnatural. Therefore it would have to be an accident, or a suicide, or a murder for it to come to the coroner's attention. Many of the assisted suicides documented in my thesis never came to the attention of the coroner because sympathetic physicians would attend the death and document the death as a natural AIDS-related death. Therefore, the coroner would never be made aware of it.

Senator Lavoie-Roux: Would it be the responsibility of the hospital or other institutions, then, to utilize a notice of death when someone dies? Would these notices be looked at systematically, or would they simply say, "So and so died of pneumonia and so and so died of something else"? This is a question that worries us. How can we collect the true data concerning whether or not this is happening?

Mr. Ogden: The true data is not contained in official charts or statistics. The true data is contained in taboo secrets held by those who have been involved in the act, or are privy to information surrounding that act. That is why the research would probably have to proceed from a criminological perspective. We cannot go to Statistics Canada or charts to uncover the phenomenon.

[Translation]

juridiques vous ont déjà fait ces recommandations. Pour ce qui est du suicide assisté, le Canada ne s'en porterait pas plus mal si nous éliminions les dispositions 241a) et b) du Code criminel. Les dispositions relatives au meurtre seraient toujours en vigueur, et l'on pourrait toujours poursuivre en vertu de ces articles les personnes qui ont commis un meurtre. Toutefois, je vous parle aujourd'hui en ma qualité de chercheur. Mon opinion personnelle ou mon avis juridique en ce qui a trait à la réforme du droit ne devrait pas avoir beaucoup de poids dans de telles circonstances.

Le sénateur Lavoie-Roux: À votre avis, avant d'arrêter une politique ou de faire des recommandations visant à modifier la loi, il faudrait effectuer de solides recherches. Par contre, vous affirmez également qu'entre-temps, on devrait assouplir la loi.

M. Ogden: Pour vous, l'abrogation de l'article 241 du Code criminel représente peut-être un assouplissement, mais au Canada, cet article n'est pas souvent invoqué devant les tribunaux. J'ai étudié certaines causes criminelles portées devant les tribunaux aux termes de l'article 241, et j'ai découvert que la seule fois qu'il avait été appliqué remonte à 1963, dans un cas mettant en jeu un Inuit. Toutefois, il est possible qu'une autre cause ou deux aient été portées devant les tribunaux dans les années 40 et 50, également au sein de la population Inuit. Nous abrogerions alors une loi qui, au mieux, semble de toute façon sans effet.

Le sénateur Lavoie-Roux: Croyez-vous qu'il serait utile de demander l'avis du coroner? Après tout, lorsqu'un décès est signalé à l'hôpital, à la maison, sur la rue ou ailleurs, le coroner réussit-il à en établir la cause réelle?

M. Ogden: Tout d'abord, pour qu'un coroner soit avisé d'un décès, il faut que la mort soit due à des causes non naturelles. Par conséquent, il faudrait qu'elle ait été provoquée par un accident ou un suicide, ou encore un meurtre, pour que le bureau du coroner s'y intéresse. Un grand nombre de suicides assistés documentés dans ma thèse n'ont jamais retenu l'attention du coroner parce que des médecins sympathiques étaient présents au décès et attestaient qu'il s'agit d'une mort naturelle reliée au sida. Par conséquent, le coroner n'en aurait jamais connaissance.

Le sénateur Lavoie-Roux: Sont-ce les hôpitaux ou les autres établissements qui sont responsables de remplir un avis de décès, lorsque meurt quelqu'un? Ces avis sont-ils examinés systématiquement ou ne font-ils que préciser qu'un tel est mort de pneumonie et un autre d'une autre maladie? Voilà une question qui nous inquiète. Comment pouvons-nous réunir les données réelles sur ce genre de phénomène?

M. Ogden: Les données réelles ne se trouvent pas dans des tableaux ou dans des données statistiques officiels. Les véritables détenteurs de la vérité sont ceux qui ont participé à l'acte ou qui en ont eu connaissance. C'est pourquoi il faudrait probablement effectuer la recherche d'un point de vue criminologique. Ce n'est pas à Statistics Canada ou à des tableaux qu'il faudrait faire appel.

[Text]

Senator Beaudoin: I wish to return to the question of legislation. You say that there are not many prosecutions following section 241 of the Criminal Code, and you are probably right. Does this mean that section 241 has no effect? Perhaps Dr. Keon and Dr. Desmarais would know much more than me about this. My impression is that doctors know that there is such a section, or that there is something in the Criminal Code which may affect their conduct. The question is: Should section 241 remain in the Criminal Code, or should we set it aside or amend it? The question is not clear cut in my mind after your exposé on this question.

One witness said that there is a theoretical difference between assisted suicide and euthanasia. Perhaps it is not the proper term in theory, but there is a difference between the two. Do we or do we not need legislation on euthanasia and assisted suicide?

Take abortion as an example. There is no section now in the Criminal Code on abortion since the Supreme Court said that the previous section of the Criminal Code dealing with therapeutic abortion is against section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms. The court stated five to four — which is a very close decision — that the section presently in the Criminal Code dealing with assisted suicide is valid, and does not contradict the Canadian Charter of Rights and Freedoms. What do you suggest: liberalization of some form of assisted suicide and euthanasia, or do you want the Criminal Code to stay out of that area?

Mr. Ogden: Ultimately, I would prefer liberalization of that section, yes.

Senator Beaudoin: By amendment or by abrogation?

Mr. Ogden: I would tend to favour abrogation.

Senator Beaudoin: You favour pure and simple abrogation of section 241.

As you said previously, some sections of the Criminal Code deal with homicide, murder, and so on. Those sections are in the code, and they remain there. Are you satisfied with that?

Mr. Ogden: Yes, I am. I wish to draw your attention to three cases of euthanasia that took place in the province of Ontario earlier this decade. Each of those cases of euthanasia involved an individual: one a nurse, one a family member, and one a physician; each taking a unilateral position in hastening the death of the patient. There was a request, and although they were charged initially with murder, or attempted murder, those charges were reduced significantly to terms such as administration of a noxious substance, or mischief causing actual danger to life. None resulted in jail sentences. Therefore we already have a huge paradox between the law on the books and the law in practice.

I suspect that in terms of formulating policy in this country, if we wait for the courts to begin to address or punish individuals who are charged with assisted suicide, we will end up with some fairly laughable sentences that, in effect, will show that the law is

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: J'aimerais revenir à la question de la législation. Vous dites qu'on n'entame pas beaucoup de poursuites en vertu de l'article 241 du Code criminel, et vous avez probablement raison. Cela veut-il dire que l'article 241 n'a pas d'effet? Docteur Keon et docteur Desmarais pourraient nous en dire beaucoup plus long à ce sujet que moi. J'ai l'impression que les médecins connaissent l'existence de cet article ou savent qu'il existe une disposition du Code criminel susceptible d'influer sur leur conduite. Ce qu'il faut se demander, c'est si l'article 241 devrait être maintenu dans le Code criminel, ou si nous ne devrions pas l'abroger ou le modifier. Après avoir écouté votre exposé à ce sujet, je suis toujours dans le noir.

Un témoin a affirmé qu'il existe une distinction théorique entre le suicide assisté et l'euthanasie. Ce n'est peut-être pas le terme utilisé dans la théorie, mais il existe une différence entre les deux. Dites-moi: est-il nécessaire de légiférer l'euthanasie et le suicide assisté?

Prenons l'exemple de l'avortement. Le Code criminel ne prévoit actuellement rien à ce sujet, depuis que la Cour suprême a invalidé l'article traitant de l'avortement thérapeutique parce qu'il était contraire à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. La cour a statué par cinq voix contre quatre (ce qui est assez serré) que l'article actuel du Code criminel qui traite du suicide assisté est valide et ne contrevient pas à la Charte canadienne des droits et libertés. Que proposez-vous: que nous libéralisions une quelconque forme de suicide assisté et d'euthanasie, ou que nous éliminions la question du Code criminel?

M. Ogden: En fin de compte, je préférerais une libéralisation de cette article, effectivement.

Le sénateur Beaudoin: Que nous le modifions ou que nous l'abrogeons?

M. Ogden: Je préférerais qu'il soit abrogé.

Le sénateur Beaudoin: Vous êtes donc en faveur d'une abrogation pure et simple de l'article 241.

Comme vous l'avez déjà dit, certains articles du Code criminel traitent d'homicide, de meurtre et ainsi de suite. Ces articles font déjà partie du Code et y demeurent. En êtes-vous satisfaits?

M. Ogden: Je le suis. Je désire attirer votre attention sur trois cas d'euthanasie survenus en Ontario, durant la présente décennie. Chacune de ces causes mettait en jeu une personne: une infirmière, un proche et un médecin; chacun d'entre eux avait décidé unilatéralement de précipiter la mort d'un malade. Celui-ci en avait fait la demande et, bien que ces personnes aient été l'origine accusées de meurtre ou de tentative de meurtre, les accusations ont été sensiblement réduites à l'administration d'une substance délétère ou au méfait mettant réellement en danger la vie d'une personne. Aucun des accusés n'a été condamné à l'emprisonnement. Donc, il existe déjà une dichotomie entre la théorie du droit et sa pratique.

Je soupçonne que, pour ce qui est d'élaborer la politique canadienne, si nous attendons que les tribunaux commencent à entendre ou à punir des personnes accusées de suicide assisté, nous aboutirons à des sentences assez risibles qui, dans les faits,

[Texte]

weak, and that the law on the books is in contradiction to what the courts and what the Canadian public want to tolerate.

Senator Beaudoin: There is always a problem with legislation. For example, in the abortion case, the Supreme Court said that that case was against Section 7 of the Charter, and that it was up to Parliament to legislate, if Parliament wants to do that. We have the same problem with euthanasia and assisted suicide. The Supreme Court is there to say whether or not the disposition of the Criminal Code is valid or invalid. Most of the time their decisions are with respect to the Charter of Rights and Freedoms, because in the field of criminal law, the Parliament of Canada has full power. In other words, we may do what we want in the field of criminal law, but we must respect the Canadian Charter of Rights and Freedoms. With respect to the *Sue Rodriguez* case, the Supreme Court stated, five to four, that we must comply with the Canadian Charter of Rights and Freedoms. However, in the case of abortion they tell us that we need not comply. As a court, they are there to defend and to apply the Canadian Charter of Rights and Freedoms.

We know what the problems are. If the government wishes, it can introduce a bill in Parliament. However, that is not the end of it. It is not the end of it, because it will be before the Supreme Court one or two years after that. The task before this committee is to conduct a study and write a report. This is why I asked you the question. You said, "I am for a liberalization of that part of the Criminal Code". That answers my question. We will think about it.

Senator Keon: First, Mr. Ogden, I enjoyed some of the things you had to say, and I agree with some of the conclusions out of your brief. I can verify the lack of scientific knowledge that surrounds the physiology and pathophysiology of dying, because when I agreed to sit on this committee, I conducted a search on those topics and found nothing. You are quite right that this is a subject that has to be addressed.

We had a phenomenon similar to this when we stumbled onto the reality that we had to deal with AIDS in Canada. We had no one doing AIDS research in Canada and we had to deal with that. It was dealt with fairly well. Perhaps as a result of this, some initiative could arise to accomplish some of the same things.

I want to return to another point that you made, which I would caution you on, namely, the fact that you cannot find any evidence of prosecution on the part of health professionals. I do not know who assisted the people you spoke about to commit suicide. Were they doctors, nurses, or whoever? I am not sure that it is safe to decriminalize that at this point in time. In my experience, there is a tremendous fear on the part of the medical profession and the nursing profession of stepping outside the norms in prescription, and so on.

[Translation]

montreront que la loi est faible et à l'opposé de ce que sont prêts à tolérer les tribunaux et la population canadienne.

Le sénateur Beaudoin: La législation fait toujours problème. Ainsi, dans la cause relative à l'avortement, la Cour suprême a jugé que l'arrêt était contraire à l'article 7 de la Charte et qu'il appartenait au Parlement de légiférer, s'il souhaitait le faire. La situation est la même pour l'euthanasie et le suicide assisté. La Cour suprême est là pour infirmer ou valider la disposition du Code criminel. Le plus souvent, ses décisions portent sur la Charte des droits et libertés, car, en matière de droit pénal, le Parlement du Canada a tous les pouvoirs. En d'autres mots, nous pouvons faire ce que nous voulons dans le domaine du droit pénal, mais nous devons respecter la Charte canadienne des droits et libertés. En ce qui concerne l'affaire *Sue Rodriguez*, la Cour suprême a jugé, par cinq voix contre quatre, que nous devons respecter la Charte canadienne des droits et libertés. Par contre, en matière d'avortement, elle statue que nous n'avons pas besoin de nous y conformer. Comme tribunal, elle est là pour défendre et appliquer la Charte canadienne des droits et libertés.

Nous connaissons la nature des problèmes. Si le gouvernement le souhaite, il peut déposer un projet de loi au Parlement. Toutefois, cela ne règle pas la question puisque, dans une année ou deux, la Cour suprême en sera saisie. La tâche du comité est donc d'effectuer une étude et de rédiger un rapport. C'est pourquoi je vous ai posé la question. Vous dites que vous êtes en faveur d'une libéralisation de cette partie du Code criminel. Voilà qui répond à ma question. Nous y réfléchissons.

Le sénateur Keon: Tout d'abord, monsieur Ogden, permettez-moi de vous dire que j'ai trouvé très intéressantes certaines de vos réflexions et que je suis d'accord avec certaines conclusions de votre mémoire. Je puis moi-même attester le manque de connaissances scientifiques qui entoure la physiologie et la pathophysiologie de l'acte de mourir, car, lorsque j'ai accepté de faire partie du présent comité, j'ai effectué de la recherche sur ces thèmes et n'ai rien trouvé. Vous avez tout à fait raison de dire qu'il faut étudier le sujet.

Il s'est produit un phénomène analogue lorsque nous nous sommes subitement rendus compte que nous devions nous occuper du sida au Canada. Nul n'effectuait de la recherche en la matière au Canada, et nous avons dû trouver une réponse. Je crois que nous avons trouvé une assez bonne solution. C'est peut-être pourquoi on pourrait prendre l'initiative de régler certains aspects de l'euthanasie et du suicide assisté.

J'aimerais revenir à un autre point que vous avez soulevé, au sujet duquel je vous mettrais en garde, soit le fait que vous n'avez pas trouvé d'exemple de poursuite entamée contre des professionnels de la santé. J'ignore qui a aidé les gens auxquels vous avez parlé et qui étaient sur le point de se suicider. S'agissait-il de médecins, d'infirmières ou de que sais-je encore? Je ne suis pas certain qu'il convienne actuellement de décriminaliser la question. L'expérience m'a appris que les professionnels de la médecine et des soins infirmiers craignent de déroger aux normes lorsque vient le temps de prescrire et d'exécuter des actes professionnels.

[Text]

For example, a patient, who has been badly burned, comes into an emergency room. The doctor may order a double dose of morphine, but the nurse will say, "That is not the normal dose of morphine. If you want to give that much, give it yourself. I am not accepting responsibility for this." As a result, the doctor will prescribe the normal dose of morphine. This happens with cancer patients, and it is one of the reasons why there is some enormous unhappiness now with palliative care, where, at times, people are not receiving adequate doses of drugs to relieve their pain.

That brings me to my recommendation. You will obviously pursue this further, but give more thought in your studies to this subject. If there were more liberalization of this ability to prescribe, and so on, given to the medical profession, it could be rather dangerous. Presently, there may be an overreaction on their part, but it also has been a built-in safety for the population at large. While there is a need to solve your problem, it would be dangerous to create another one along the way. Do you follow me?

Mr. Ogden: I follow you to a point. I am still trying to determine where the next problem is, and what you specifically envision will become a problem as a result of liberalization.

Senator Keon: If health professionals had nothing to fear from the Criminal Code as it relates to death of patients — and that may be an overstatement; you did not say that directly — that is a different matter, but you are opening the door to a lot of abuses, until some of the other checks and balances are put in place. If physician-assisted suicide, or euthanasia, or whatever comes to pass, it would occur with a lot of checks and balances and a lot of legal changes being made to accommodate it. I would be concerned about tampering with the law, partially at this point in time.

Mr. Ogden: I agree that we need checks and balances. When I suggest the abrogation of a section of the law, it should not be inferred that flowing from that that policy should not be developed. If Section 241 were to be eliminated, there should still be policy and guidelines steering physicians with respect to their prescribing habits. Those can be regulated through their professional body, as well as through other means. However, that is not a blanket statement to indicate that we would make it legal, without repercussions or guidelines, to assist in suicide.

Senator Beaudoin: If you abrogate section 241, there will be a vacuum in law for that part. Is that good enough, or do you also need legislation with guidelines?

It is an important factor here because we are dealing with human lives. You may say that there is a section in the Criminal Code that was set aside by the court and nothing replaces it. I do not want to enter that debate, because this one is enough for the moment. But if you abrogate that section, some abuses may be possible. Some people call it the slippery slope argument, but let us say that some abuses may be possible. What do we do with that?

[Traduction]

Ainsi, arrive à la salle d'urgence un grand brûlé. Le médecin pourrait ordonner une double dose de morphine, mais l'infirmière lui dira que ce n'est pas la dose normale, que s'il veut lui en donner autant, qu'il le fasse lui-même. Elle refusera d'assumer la responsabilité de cet acte. Par conséquent, le médecin prescrira une dose normale de morphine. Cela se produit aussi avec les personnes atteintes de cancer, et c'est l'une des raisons pour lesquelles les soins palliatifs suscitent autant d'insatisfaction actuellement parce que, parfois, les patients ne reçoivent pas des doses suffisantes de médicaments pour soulager leur douleur.

Voilà qui m'amène à ma recommandation. De toute évidence, vous creuserez la question, mais je vous prierais, dans le cadre de vos études, de réfléchir davantage à ce sujet. Il pourrait être dangereux de donner à la profession médicale une plus grande liberté dans l'acte de prescrire et d'autres actes professionnels. Il y a peut-être actuellement réaction excessive de leur part, mais cette réaction a aussi servi de moyen de protection intrinsèque du grand public. Bien qu'il soit nécessaire de résoudre votre problème, il pourrait être dangereux d'en créer un autre entre-temps. Vous me suivez?

M. Ogden: Jusqu'à un certain point. Je tente encore de voir ce que sera l'obstacle suivant et ce que vous entrevoyez exactement comme problème à la suite de la libéralisation.

Le sénateur Keon: Si les professionnels de la santé n'ont rien à craindre du Code criminel lorsque des patients meurent (ce pourrait être une exagération; vous ne l'avez pas dit directement) c'est une autre question. Par contre, vous ouvrez la porte à beaucoup d'abus, à moins que l'on ne mette en place d'autres moyens de contrôle. Si le suicide assisté par un médecin, ou l'euthanasie, venait à être légalisé, il serait assorti de toute une panoplie de mesures de protection et il faudrait changer beaucoup de lois pour l'autoriser. Le fait que l'on joue avec la loi, en partie à ce stade, m'inquiéterait.

M. Ogden: Je suis d'accord avec vous qu'il faudrait prendre bien des précautions. Quand je propose d'abroger un article de la loi, il ne faudrait pas en déduire que je m'oppose à l'élaboration de la politique. Si l'article 241 était abrogé, il faudrait quand même qu'il y ait une politique et des lignes directrices afin de guider les médecins dans leurs habitudes de prescription. Ces actes peuvent être réglementés par leur corporation professionnelle, ainsi que par d'autres moyens. Toutefois, ce n'est pas une déclaration générale voulant qu'on légalise, sans répercussion sur la ligne directrice, le suicide assisté.

Le sénateur Beaudoin: Si vous abrogez l'article 241, on crée un vide juridique. Cela vous convient-il, ou vous faut-il absolument une loi assortie de lignes directrices?

Le facteur a son importance, ici, car il est question de vies humaines. Vous pourriez dire que les tribunaux ont infirmé un article du Code criminel et que rien ne l'a remplacé. Je ne souhaite pas me lancer dans ce débat, car celui qui nous occupe actuellement suffit pour l'instant. Toutefois, si on abroge l'article on ouvre la porte à des abus. Certains qualifient cette situation de pente glissante, mais disons que ces abus seraient possibles. Qu'en faire?

[Texte]

In Holland, they have special legislation which is very complex. That is one way to look at things. In England, they have another answer. In Canada, we may have another answer, but we have to protect the human life also. It is not good enough to say that doctors will have their own code of ethics. We have to go further than that. We have to say that if ever the Minister of Justice wishes to go ahead with that, he will have to legislate in such and such a way. We have not made up our minds yet, but it is a difficult problem. Are you satisfied that it should be abrogated, and is that final?

Mr. Ogden: It is definitely not final. As I said earlier, that is only my opinion. My opinion is not a solution. With respect to this issue, we all operate from personal beliefs, assumptions and moral points of view. At the end of the day, we have to address this issue not only from a personal perspective, but in a way that encompasses the greater need of the Canadian community.

The Chairman: Senator Beaudoin said that the practice in the Netherlands was to leave it as a criminal offence. The legislators there have built up a series of guidelines and procedures to which physicians are required to strictly adhere.

The benefit of doing it that way — and this has been argued before us, as well — is that if we decide to make some changes to the current law, then following that model, or something similar to it, ensures a federal jurisdiction over the guidelines. Therefore, there would be a national presence over the guidelines to ensure that the practice would be regulated on a uniform basis from coast to coast. That makes for more certainty in the law than removing a section entirely and leaving it to individual provinces and jurisdictions to interpret, as they see fit. That has certain advantages.

Mr. Ogden: Yes, I would agree. One of the terms of the Canada Health Act is universality, portability and access. If we are dealing with decisions of this nature at the end of life, the principals of universality, portability and access should prevail on a national scale as well.

The Chairman: Yes, quite right.

Senator Corbin: How familiar are you with the palliative care institutions? Have you visited them? Have you talked to their operators? Have you attended cases in those centres?

Mr. Ogden: I have been to only one palliative care facility. I do not consider myself to be an expert in palliative care. I have had some extensive discussions with physicians, nurses, and support or lay caregivers, who work within palliative care models. My information has been largely gathered by my discussions with the care providers in palliative care, and not with the patients.

My experience is usually with palliative care patients who have chosen to leave the palliative care facility, either because their condition has improved and they no longer require the support of palliative care, or because they have come home to die, and are continuing to receive hospice care and home care under the

[Translation]

La Hollande a une loi spéciale qui est très complexe. C'est une façon de faire. L'Angleterre a pris une autre voie. Au Canada, nous trouverons peut-être une autre solution, mais nous devons, nous aussi, protéger la vie. Il ne suffit pas de dire que les médecins auront leur propre code d'éthique. Il faut aller plus loin. Il faut dire que, si jamais le ministre de la Justice souhaite légaliser l'euthanasie, il devra légiférer de telle et telle manière. Nous n'avons pas encore décidé de ce que nous ferons, mais le problème est difficile. Êtes-vous convaincu qu'il faudrait abroger l'article, et cette recommandation est-elle finale?

M. Ogden: Elle n'est certes pas finale. Comme je l'ai dit plus tôt, c'est uniquement mon opinion. Or, mon opinion n'est pas une solution. En ce qui a trait à cette question, nous vivons tous en fonction de convictions personnelles, d'hypothèses et de principes moraux. À la fin, il faudra régler la question non seulement d'un point de vue personnel, mais aussi d'une façon qui tienne compte des plus grands besoins de la société canadienne.

La présidente: Le sénateur Beaudoin a déclaré qu'aux Pays-Bas, la pratique demeurerait un délit pénal. Les législateurs hollandais ont établi une série de lignes directrices et de formalités que les médecins sont tenus de respecter à la lettre.

L'avantage de procéder ainsi (et nous avons entendu les arguments en ce sens) c'est que, si nous décidons de modifier la loi actuelle, en suivant ce modèle ou un modèle s'en rapprochant, nous faisons en sorte que les lignes directrices soient de compétence fédérale. Par conséquent, les lignes directrices seraient appliquées uniformément d'un océan à l'autre. Voilà qui injecte plus de certitude dans la loi que d'abroger purement et simplement l'article et de laisser aux provinces individuelles et aux autres autorités le soin de l'interpréter comme elles le jugent bon. Cela a certains avantages.

M. Ogden: Oui, j'en conviens. La Loi canadienne sur la santé a pour principe l'universalité, la transférabilité et l'accès. Si nous traitons de décisions de cette nature à la fin de la vie, les principes d'universalité, de transférabilité et d'accès devraient aussi s'appliquer à l'échelle nationale.

La présidente: Vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Corbin: À quel point connaissez-vous bien les établissements de soins palliatifs? En avez-vous visité? Avez-vous rencontré leurs dirigeants? Avez-vous parlé avec des patients de ces centres?

M. Ogden: Je n'ai visité qu'un seul établissement de soins palliatifs. Je ne me considère pas comme un expert de la question. J'ai eu des entretiens prolongés avec des médecins, des infirmières et des personnes qui prodiguent des soins à ces malades. En gros, l'information dont je dispose me vient de mes rencontres avec les personnes qui prodiguent les soins palliatifs plutôt qu'avec les patients.

En fait de clients des soins palliatifs, je connais surtout ceux qui ont décidé de quitter l'établissement, soit parce que leur état s'est amélioré et qu'ils n'ont plus besoin des soins, soit parce qu'ils souhaitent mourir à la maison et qu'ils continuent de recevoir les soins palliatifs en établissement ou à la maison. Je ne connais pas

[Text]

palliative model at that point. I am not overly familiar with palliative care within the institution, although I do applaud the work that they are doing.

Senator Corbin: Nevertheless, you believe that attentive palliative care to the end is not a sufficient response to suffering patients?

Mr. Ogden: It is only a partial response. Palliative care should involve addressing the patient's needs in a holistic sense. Some patients ask the question, "Can I hasten my own death?" They need someone to listen to it. At the moment, in Canada, we are seeing a palliative care model that suggests that that is taboo. Yet within institutions themselves, euthanasia and assisted suicide are still occurring. I discuss some of these deaths in my thesis.

Senator Corbin: Is that evidence scientific? Are you making an assertion?

Mr. Ogden: Yes.

Senator Corbin: Can you back that up?

Mr. Ogden: I cannot reveal my sources, if that is what you are asking. However, a masters thesis out of California State University, which is referenced in my thesis, will back up my assertion. It is written by D.A. Hammond.

Senator Corbin: We are talking about the Canadian situation, though.

Mr. Ogden: I can speak to the Canadian situation, as well. However, if you are looking for a reference other than my own knowledge base, there is a Californian thesis that researches a small sample of hospice nurses. Approximately 25 per cent of that sample say that they have been involved in acts of euthanasia or assisted suicide. Therefore, the institution is saying one thing, but the practitioners within it are doing another, in certain circumstances.

The Chairman: I agree with your recommendation that this subject still requires a lot of hard research and more hard data. Even with our experience on this committee, we feel that we have not heard enough from the people who are more directly involved, namely, the aging population. Many people have told us that this will constitute a threat to people. They feel that they are useless and unwanted, and are being forced to make these decisions. From our point of view, that is a large group. The aging group is increasing in size by the day.

At the same time, there is a natural reluctance for many older people to discuss this issue in personal terms. It is difficult to get information or advice from them. We have actually approached some of the organizations that serve nursing homes and asked if they would like to contribute to our hearings. After some thought, they said that they were not prepared to say anything on the subject. Therefore, it is difficult in some areas to get the kind of information that would be useful to us.

[Traduction]

très bien les soins palliatifs prodigués en établissement, bien que j'applaudisse ce genre de travail.

Le sénateur Corbin: Néanmoins, vous estimez que des soins palliatifs attentifs à la fin de la vie ne constituent pas une réponse suffisante aux patients souffrants?

M. Ogden: La réponse n'est que partielle. Les soins palliatifs devraient aussi répondre aux besoins du patient dans un sens holistique. Certains patients se demandent s'ils peuvent précipiter leur mort. Ils ont besoin d'une oreille attentive. Au Canada, le modèle de soins palliatifs ayant cours actuellement laisse entendre qu'un tel sujet est interdit. Pourtant, au sein des établissements, l'euthanasie et le suicide assisté continuent d'être pratiqués. Je parle de certains décès dans ma thèse.

Le sénateur Corbin: Cette preuve est-elle scientifique? L'affirmez-vous?

M. Ogden: Oui.

Le sénateur Corbin: Pouvez-vous en fournir la preuve?

M. Ogden: Je ne puis révéler mes sources, si c'est ce que vous me demandez. Par contre, une thèse de maîtrise de l'université de la Californie citée dans ma thèse en fait la preuve. Elle a été rédigée par D.A. Hammond.

Le sénateur Corbin: Il est question ici de la situation au Canada, pourtant.

M. Ogden: Je puis parler de la situation canadienne aussi. Cependant, si vous cherchez une preuve autre que mes propres affirmations, il existe une thèse californienne qui documente un petit échantillon d'infirmières travaillant en établissement. Un quart environ de cet échantillon a répondu qu'il avait participé à des actes d'euthanasie ou de suicide assisté. Par conséquent l'établissement dit une chose, mais ceux qui y exercent leur profession en disent une autre, parfois.

La présidente: Je souscris à votre recommandation selon laquelle le sujet exige encore beaucoup de recherche documentée et plus de données factuelles. Au sein même du comité, nous estimons n'avoir pas entendu suffisamment de personnes qui sont plus directement touchées, soit la population vieillissante. Beaucoup de gens nous ont dit que la légalisation de l'euthanasie constituerait une menace. Ils se sentent inutiles, indésirés et obligés de prendre de telles décisions. De notre point de vue, il s'agit d'un groupe important. La population vieillissante s'accroît chaque jour.

En même temps, beaucoup de personnes âgées hésitent à parler naturellement de cette question au plan personnel. Il est difficile d'obtenir des renseignements ou des conseils de leur part. Nous avons en fait abordé certains des organismes qui desservent les foyers de soins infirmiers pour savoir si les personnes âgées aimeraient contribuer à nos audiences. Après quelques réflexions, elles ont répondu qu'elles n'étaient pas prêtes à dire quoi que ce soit sur le sujet. Par conséquent, il est difficile, dans certains domaines, d'obtenir les renseignements qui nous seraient utiles.

[Texte]

Mr. Ogden: It is also extraordinarily intimidating for individuals who normally go about daily routines to be invited to present before a group such as this. It would be easier to gather data concerning the geriatric population if the researcher went to them.

The Chairman: Yes, you are probably quite right. That is something that will have to be considered. Mr. Ogden, thank you very much for your presentation.

Mr. Ogden: Thank you, honourable senators. It was my pleasure.

The Chairman: The next witness is Mr. Waldock.

Mr. Humphrey Waldock: Thank you very much for inviting me to speak to you. It has been most helpful to see the transcripts of the previous witnesses who have appeared before you. I would have liked to have seen their written submissions, but their written submissions were too long for them to give in full, so I cannot fully comment upon their submissions. I might be able to help you with respect to some of the things that they have said. I requested them from your clerk, but I have not been able to see them.

The Chairman: Some of the transcripts have probably only been available in the last few days. I am sure we have extra copies here of all these submissions, and we should be able to give you copies.

Mr. Waldock: Thank you. That will be most helpful.

Have you all had an opportunity to look at my submission? It is rather long.

The Chairman: Yes, it is rather long. Will you summarize it for us?

Mr. Waldock: It is already a summary. I can only touch upon bits of it. Each paragraph would take 20 minutes to explain, so I cannot give it to you in summary, but I will speak to you anyway.

I find it absolutely terrifying for all of us here, because 50 years ago my father was prosecuting at Nuremberg, and the excuses given by the Nazis for breaching the sanctity of human life and all kinds of crimes against humanity were reasonings and justifications that have been produced here in favour of liberalization of euthanasia and suicide.

Is it really true that the only thing that can be learned from history is that man does not learn from history? You have been urged to do more research. You have been urged that we should try this or that experiment. The research that the Nazis did was carefully annotated and recorded by them. All the research has been done, and the experiments have been done, not only by Nazi Germany, but also in Russia and in the French Revolution. These experiments are dangerous and are done without the informed consent of the population.

I find myself agreeing with Mr. Russel Ogden in one respect, because he said that his opinion was not important, even as he gave it. I will try to give you not my opinion, because my opinions are irrelevant and unimportant, but a submission based

[Translation]

M. Ogden: Il est aussi fort intimidant pour des gens qui habituellement ont un train-train quotidien d'être invités à prendre la parole devant un groupe comme celui-ci. Il serait plus facile que les chercheurs aillent vers les vieillards pour recueillir des données à leur sujet.

La présidente: Effectivement, vous avez sans doute parfaitement raison. C'est quelque chose qu'il faudra envisager. Monsieur Ogden, merci beaucoup pour votre présentation.

M. Ogden: Merci, honorables sénateurs, tout le plaisir a été pour moi.

La présidente: M. Waldock est notre prochain témoin.

M. Humphrey Waldock: Merci beaucoup de m'inviter à parler devant vous. Il a été fort utile de prendre connaissance des témoignages de ceux qui ont comparu devant vous précédemment. J'aurais aimé voir leurs mémoires écrits, mais ils n'ont pas pu les lire en raison de leur longueur si bien que je ne peux pas les analyser à fond. Je pourrais être en mesure de vous aider à l'égard de certains des points qu'ils ont soulevés. J'en ai fait la demande au greffier, mais je n'ai pas pu les voir.

La présidente: Il se peut que certains de ces témoignages écrits n'aient été disponibles que dernièrement. Je suis sûre que nous avons ici des exemplaires supplémentaires de tous ces mémoires et que nous pourrions vous en remettre.

M. Waldock: Merci, cela serait très utile.

Avez-vous tous eu le temps de lire mon mémoire? Il est assez long.

La présidente: Il est effectivement assez long. Pourriez-vous le résumer?

M. Waldock: Il s'agit déjà d'un résumé. Je peux simplement aborder certains points. Il me faudrait 20 minutes pour expliquer chaque paragraphe; je ne peux donc pas faire un résumé, mais je vais toutefois vous en parler.

Il y a 50 ans, mon père participait au procès de Nuremberg, et les excuses données par les Nazis pour avoir bafoué le caractère sacré de la vie et pour tous les genres de crimes contre l'humanité s'appuyaient sur des raisonnements et des justifications qui sont invoqués ici en faveur de la libéralisation de l'euthanasie et du suicide. À mon avis, il n'y a rien de plus terrifiant pour nous tous.

Est-il vrai que la seule leçon que l'on puisse tirer de l'histoire, c'est que l'on ne tire aucune leçon de l'histoire? On vous a demandé de pousser davantage la recherche. On vous a demandé de tenter telle ou telle expérience. Les recherches effectuées par les Nazis ont été soigneusement annotées et attestées par eux-mêmes. Toute la recherche a été faite, comme d'ailleurs les expériences, non seulement par l'Allemagne nazie, mais aussi par la Russie et par la France au moment de la Révolution. Ces expériences sont dangereuses et se font sans le consentement éclairé de la population.

Je suis d'accord avec M. Russel Ogden sur un point: il dit en effet que son point de vue importe peu, alors qu'il le donne. Je vais essayer de vous donner non pas mon point de vue, car le point de vue de qui que ce soit est hors de propos et n'a aucune

[Text]

upon authority, fact, and principle. That is quite different from an opinion.

What is the purpose of human life? That, of course, governs the purpose of law. It governs the meaning of all words and the meaning of all value. When I started dealing with pro-life cases, I went to the law library in the courthouse downtown and I discovered that there were no books there relating to jurisprudence. Apparently, the 6,000 lawyers who were practising out of that law library downtown were not concerned with the nature of what they were doing. What the lawyers were doing downtown seemed not to have any particular importance to them. As long as they did it well, they were not concerned with meaning or value or purpose.

I then went to a distinguished academic, a jurist, a man who had published many books and had given many seminars and speeches. He spoke for three-quarters of an hour at lunch with an endless flow of obscure philosophers and weird and strange theories. It was awesome listening to him. He had this terrific flow of knowledge about law and its purpose, and so on.

Finally, out of ignorance in my case, I asked him this question: "What is the purpose of human life?" He hesitated a second, recovered brilliantly, and said, "That question is impossible to answer. It is not a proper question. No one can answer that question." I said, "Well, if you do not know what the purpose of your life is, how do you know what to do next?" He said nothing at all for a long time, and then he changed the subject. It turned out that he had no answer to the most important question that there is. To that extent, a learned, loquacious, brilliant man is extremely dangerous.

You are facing a crisis of authority. No one is able to come forward and say that you must follow this or that authority to know what the purpose of human life is. The purpose of life, the purpose of any enactment, must be considered in light of religion. You may remember Hume, the great rationalist, who said 250 years ago that you cannot get an "ought" from an "is". You cannot. Science and reason can only give you what will happen, or what will not happen, or what may happen. It can never tell you what ought to happen. For that, religion is the only answer.

You must turn to the clergy for that answer, because principle is the clergy's responsibility, while the laity's responsibility is to apply that principle. We cannot change those principles. The clergy cannot change those principles either. The clergy have to interpret and develop the principles that have been given to them by God. They are the ones who interpret them for us; we have to apply them.

When we apply those principles, we have to know how to rank them and how to apply them in our law and in our daily lives. Those principles have to be permanent. Otherwise, lack of constant direction will cause our civilization to fail. We must have a unity of principles; otherwise, our civilization will fall apart in dispute. There is the danger of building a Tower of Babel, which will collapse when we all speak different languages, because we

[Traduction]

importance, mais plutôt un mémoire fondé sur l'autorité, les faits et les principes. Cela est tout à fait différent d'un point de vue.

Quelle est la finalité de la vie humaine? Bien entendu, c'est ce qui régit la finalité de la loi; c'est ce qui régit le sens de tous les mots et la signification de toutes les valeurs. Lorsque j'ai commencé à m'occuper d'affaires pro-vie, je suis allé à la bibliothèque de droit du tribunal situé en ville et j'ai découvert qu'il n'y avait aucun livre de jurisprudence à cet égard. Apparemment, les 6 000 avocats qui exerçaient leur profession à partir de cette bibliothèque ne se préoccupaient de la nature de ce qu'ils faisaient. Ce qu'ils faisaient en ville semblait ne revêtir aucune espèce d'importance pour eux. Dans la mesure où ils faisaient un bon travail, ils ne se préoccupaient pas du sens, de la valeur ou de la finalité.

Je suis allé ensuite voir un universitaire distingué, un juriste, un homme qui avait publié de nombreux livres et qui avait prononcé de nombreux discours et organisé de nombreux séminaires. Pendant trois quarts d'heure, il a parlé sans discontinuer de philosophes obscurs et de théories étranges. C'était impressionnant de l'écouter. Il possédait une formidable connaissance de la loi et de sa finalité, et cetera.

À la fin, je lui ai posé cette question: «Quelle est la finalité de la vie?» Il a hésité une seconde, s'est repris brillamment et a répondu: «Il est impossible de répondre à cette question. Ce n'est pas une bonne question. Personne ne peut répondre à cette question.» J'ai dit: «Et bien, si vous ne savez pas quelle est la finalité de votre vie, comment pouvez-vous la mener?» Il n'a rien dit pendant un long moment, puis a changé de sujet de conversation. En fait, il n'avait aucune réponse à donner à la question la plus importante qui soit. À cet égard, un homme érudit, loquace, brillant, est extrêmement dangereux.

Vous êtes confrontés à une crise de l'autorité. Personne n'est en mesure de dire que vous devez respecter telle ou telle autorité pour connaître la finalité de la vie. La finalité de la vie, la finalité de toute législation, doit être envisagée à la lumière de la religion. Vous vous souvenez peut-être de Hume, le grand rationaliste qui il y a 250 ans disait que la science et la raison peuvent seulement indiquer ce qui va, ce qui ne va pas ou ce qui peut se produire. Il est impossible que la science et la raison indiquent ce qui devra se produire. Seule la religion apporte une réponse à cet égard.

Vous devez vous adresser au clergé pour obtenir une telle réponse, parce que le clergé s'occupe de la question des principes tandis que les laïcs s'occupent de l'application des principes. Nous ne pouvons pas changer ces principes. Le clergé non plus d'ailleurs. Le clergé doit interpréter et cultiver les principes qui leur ont été donnés par Dieu. C'est au clergé qu'incombe la responsabilité de leur interprétation; nous devons simplement les appliquer.

Lorsque nous appliquons ces principes, nous devons savoir comment les classer et comment les appliquer dans nos lois dans notre vie quotidienne. Ces principes doivent être permanents; sinon, la civilisation que nous connaissons s'effondrera. Nous devons avoir une unité de principes, sinon, notre civilisation déchirera. Nous courrons le risque d'édifier une tour de Babel qui s'effondrera lorsque nous parlerons diverses langues, parce que

[Texte]

do not have the same purposes in mind and the meaning of our words has changed. We must also have unity of principle. If we do not, we lose all objectivity. Opinions are so varied on this subject, because few people will follow the objective, authoritative principle of the church.

We must recognize the fact that if we take it upon ourselves to make exceptions to principle, then exceptions become the rule. Once we abrogate the right to make exceptions to principle, the principle collapses. The devil always has reasons. We have the Ten Commandments, but the devil has "the hundred suggestions". Those commandments are given to us. There are not many, but the devil has a great many more suggestions.

Our civilization is built upon Christ's authority. The Coronation Oath has been the same for 1400 years, more or less. The Queen swore to accept Christ's authority, except for the 39 articles that do not apply here. She also swore to accept the authority of the church, which was under the authority of the Pope. There is a terrible warning found in the Book of Common Prayer in the Edward VI Declaration that states that any group of bishops or any academics who venture to change any of the principles handed down by the church will be subject to due execution. Thus, there can be no change in those principles. The highest command, of course, is obedience to God and love of neighbour.

People fixate upon one of God's principles and exclude others. We have euthanasia because we love someone so much that we want to prevent them from suffering, which is good. However, that ignores the parallel instruction: obedience to God's commands. It is an excess of one principle over another. If we pay attention to one principle and ignore the other, we make errors.

We have been protected from all those nauseating ideologies that have destroyed France, Germany and Russia, in their turn, because of the Queen's oath. A couple of years ago, the Queen stated that, in the Commonwealth, a person is more important than an idea. That was a profound statement.

I was asked to host an open line show for someone who was ill. A lady telephoned, and she spoke quietly and in a humble voice. She was a Christian. She said that her husband, who suffered with cancer, had been through six years of the most frightful agony. Finally, he turned to her and said, "Please end it. I can't withstand any more." It was a most moving story. She said, in a sincere and quiet voice, "Surely God would not blame me for putting him out of his misery at that time." I said, "I am not God and I cannot possibly judge you. God is merciful," and so on.

After that conversation, I waffled on the air. I did not give a good answer. Afterwards, I thought that I should have said that God does forgive, if you go to him and say, "I'm sorry God. I could not keep to your standard. I have sinned and I am sorry. I will not do it again." He will be the first to show mercy to you if you do that. However, if you go to him and say, "God, that standard you set was too high. You are a cruel God and you are unreasonable," then he will have a different attitude.

[Translation]

nous n'aurons pas les mêmes finalités à l'esprit et parce que le sens que nous accordons à nos paroles aura changé. Nous devons avoir une unité de principes, sinon, nous perdrons toute objectivité. Les avis sont tellement divers à ce sujet, car peu de gens suivent le principe de l'église objectif et qui fait autorité.

Il faut reconnaître que si nous décidons de faire des exceptions au principe, ces exceptions deviendront la règle. À partir du moment où nous acceptons le droit de faire des exceptions au principe, celui-ci s'effondre. Le diable a toujours ses raisons. Nous avons les Dix commandements, mais le diable a «les cents suggestions». Ces commandements nous sont donnés; il n'y en a pas beaucoup, mais le diable a beaucoup plus de suggestions.

Notre civilisation est bâtie sur l'autorité du Christ. Le serment du couronnement est le même depuis 1 400 ans, plus ou moins. La Reine a juré d'accepter l'autorité du Christ, à l'exception des 39 articles qui ne s'appliquent pas ici. Elle a également juré d'accepter l'autorité de l'église, qui était sous l'autorité du Pape. La liturgie de l'église anglicane lance un terrible avertissement dans la Déclaration d'Edward VI: tout évêque ou tout savant qui s'aventure à modifier les principes transmis par l'église sera exécuté. On ne peut donc pas changer ces principes. Le plus grand commandement, bien sûr, c'est l'obéissance à Dieu et l'amour du prochain.

Les gens se concentrent sur l'un des principes de Dieu à l'exclusion des autres. L'euthanasie existe, parce que nous aimons tellement notre prochain que nous ne voulons pas qu'il souffre, ce qui bon en soi. Toutefois, une telle attitude laisse de côté l'ordre parallèle: l'obéissance aux commandements de Dieu. Un principe en dépasse un autre. Le fait de prêter attention à un principe au détriment d'un autre est source d'égarement.

Grâce au serment de la Reine, nous avons été protégés de toutes les affreuses idéologies qui ont détruit la France, l'Allemagne et la Russie, chacune à son tour. Il y a quelques années, la Reine a déclaré qu'au sein du Commonwealth, une personne est plus importante qu'une idée. C'est une profonde déclaration.

On m'a demandé d'animer une tribune libre à la place de quelqu'un qui était malade. Une dame a téléphoné; elle parlait calmement et humblement. C'était une chrétienne. Elle a dit que son mari qui souffrait du cancer avait vécu pendant six ans la plus épouvantable des agonies. Finalement, il s'est tourné vers elle et lui a dit: «S'il te plaît, arrête tout cela. Je ne peux plus le supporter.» Cette histoire était très émouvante. Elle a dit d'une voix sincère et calme: «Sûrement Dieu ne me condamnerait pas d'avoir abrégé sa vie.» Je lui ai répondu: «Je ne suis pas Dieu et je ne peux pas vous juger. Dieu est miséricordieux,», et cetera.

Après cette conversation, j'ai parlé pour ne rien dire. Je n'avais pas donné la bonne réponse. Par la suite, j'ai pensé que j'aurais dû dire que Dieu pardonne s'il l'on s'adresse à lui et si on lui dit: «Je suis navré, Dieu. Je n'ai pas pu respecter tes normes. J'ai péché et j'en suis désolé. Je ne recommencerai pas.» Il sera le premier à manifester de la miséricorde en pareil cas. Toutefois, si vous lui dites: «Dieu, cette norme est trop élevée pour moi, tu es un Dieu cruel et déraisonnable,» il adoptera une autre attitude.

[Text]

There is tremendous confusion in modern thought between God's justice and his mercy. Because there is confusion between those two things, there is tremendous confusion in the law court between justice and mercy.

The fact is that killing — that is, euthanasia — is murder. There are situations where there are mitigating circumstances, but that is a matter for mercy, rather than a matter for excusing the act of killing another human being. For some reason, modern intellectuals have failed to make that connection. The only way to get a person to control himself is by religion. In fact, civilization is an exercise in self-control. You cannot have that rule of law, which we lawyers are so proud of, without religion. Also, you cannot have any objectivity in the rule of law, because that requires religion.

There is a tremendous passage in C.S. Lewis' *Abolition of Man*, in which he explains this situation. The innovator attacks traditional values in pursuit of what he first supposed to be rational biological values, as we have seen all values which he uses in attacking it. He even claims that substitutions for it are themselves derived from the natural law. If he had really started from scratch, from right outside the human tradition of value, he would not advance an inch towards the conception that a man should die for the community or work for posterity. If the natural law falls then, all his own conceptions of value fall with it. Not one of them can claim any authority other than that of the natural law. Only by such shreds of the natural law that he has inherited is he enabled to attack it.

The question then arises: What title does he have to select bits of it for acceptance and reject others? If the bits he rejects have no authority, neither do those that he retains. If what he retains is valid, what he rejects is equally valid. The natural law is the sole source of all value judgments. If it is rejected, all value is rejected. If any value is retained, the whole of it is retained. The effort to refute it, which tends to raise a new system of value, is self-contradictory.

What purports to be new systems or ideologies all consist of fragments from the natural law, arbitrarily wrenched from their context whole and swollen to madness in their isolation. They still owe to the natural law and to it alone such validity as they possess. These days we have a lot of surrogate authorities proposed to us: the state, science, the hero, the demagogue, the social contract, the human will, the will of the people, experts or consent. The difficulty is that the media control all the opinions and votes. By selection of what is reported and what is not, and by selection of opinions, the media control what people think. They poison the objective thought of all those human sources. If we do not have a divine source, we must have a human source, and if we have a human source, it is changeable and is not objective or permanent. We have surrogate purposes, too. We have Hedonism, glory, power, wealth, honour and health and freedom and autonomy and the cult of the self.

[Traduction]

Nous sommes témoins dans la pensée moderne d'une énorme confusion entre la justice et la miséricorde de Dieu. C'est parce qu'il existe une telle confusion entre ces deux notions que la confusion règne également au sein des tribunaux entre justice et miséricorde.

Il reste que le fait de tuer (c'est-à-dire, l'euthanasie) correspond à un meurtre. Il y a des cas où l'on peut invoquer des circonstances atténuantes, mais il s'agit alors d'une question de miséricorde plutôt que d'une excuse face à l'acte qui consiste à tuer un autre être humain. Pour une raison quelconque, les intellectuels modernes n'établissent pas ce rapport. Seule la religion permet la maîtrise de soi. En fait, la civilisation est un exercice de maîtrise de soi. On ne peut pas avoir cette règle du droit, dont nous les avocats tirons si grande fierté, sans religion. De même, il ne peut y avoir d'objectivité dans la règle du droit, sans l'apport de la religion.

Dans son livre *Abolition of Man*, C.S. Lewis explique cette situation dans un passage fort percutant. L'innovateur attaque les valeurs traditionnelles dans la recherche de ce qu'il imaginait d'abord être des valeurs biologiques rationnelles. Il va même jusqu'à prétendre que les nouvelles valeurs s'inspirent de la loi naturelle. S'il était parti de zéro, s'il n'avait pas tenu compte des valeurs traditionnelles, il ne prétendrait certainement pas qu'une personne doive se sacrifier pour la collectivité ou travailler pour la postérité. Si la loi naturelle tombe, sa propre conception des valeurs s'écroule avec elle. On ne peut revendiquer une autorité autre que celle de la loi naturelle. Ce n'est que grâce à ces fragments de la loi naturelle dont il a hérité qu'il est en mesure de l'attaquer.

La question qui se pose alors est la suivante: de quel droit peut-il en accepter certains éléments et en rejeter d'autres? Si les éléments qu'il rejette n'ont aucune autorité, ceux qu'il conserve n'en ont pas non plus. Si ce qu'il choisit est valide, ce qu'il rejette est également valide. Tous les jugements de valeur découlent uniquement de la loi naturelle. Si elle est rejetée, toute valeur est rejetée. Si une valeur est conservée, l'ensemble est conservé. L'effort déployé pour réfuter la loi naturelle et qui tend à établir une nouvelle échelle des valeurs est contradictoire en soi.

Les idéologies ou les systèmes présentés comme nouveaux se composent de fragments de la loi naturelle, arrachés arbitrairement de leur contexte et devenus insensés dans leur isolement. C'est toujours à la loi naturelle, et à elle seule, qu'ils doivent la validité qu'ils possèdent. Beaucoup d'autorités de substitution nous sont proposées de nos jours: l'État, la science, le héros, le démagogue, le contrat social, la volonté humaine, la volonté des gens, les spécialistes ou le consentement. Le problème, c'est que les médias contrôlent toutes les opinions et les voix. En choisissant ce qui va être rapporté et ce qui ne va pas l'être, en sélectionnant les opinions, les médias contrôlent la pensée des gens. Ils dénaturent l'objectivité de toutes ces sources humaines. Si nous n'avons pas de source divine, il nous faut une source humaine, et si nous avons une source humaine, elle peut être modifiée, elle n'est pas objective ni permanente. Nous avons également des finalités de substitution. Ainsi, l'hédonisme,

[Texte]

The media gave a tremendous picture of the sufferings of Sue Rodriguez. When I was asked to prepare an affidavit for the *Rodriguez* case, I went to see Mr. Slater, President of the ALS society in White Rock. He was in a worse state than Sue Rodriguez. He had tubes coming out of him everywhere. When he signed the affidavit he had to push levers on his chair to stand up, then slowly lean down to press on a stamp to stamp his affidavit. He was almost entirely a mechanical man, but he was in good cheer. He was alive 11 years after the diagnosis of ALS.

Was that a medical miracle? It was not. The difference was his wife. His wife was there continually, and she had surrounded him with pictures of his past achievements, his grandchildren and his children. She was continually speaking about what he could do. He did a great many things. He had been an elder in the church, had founded the ALS Society, and had visited numerous people who were dying and comforted them. He led a full life. This was a miracle from the heart of a woman who was a loving wife. It is this kind of thing that is beyond the field of law and medicine. It comes from the heart. She made him feel that life was worth living, not only by her words, but also by her actions. Yet the media never published anything similar to what they published about Rodriguez. The media coverage was 10:1 in minutes or in inches of print in favour of euthanasia.

The opinion of the Canadian public should be completely disregarded in respect of this, because they have been lied to. In fact, you, as members of the Senate, are extremely important, because you are not elected and cannot be unseated by the media. We depend very much upon you to protect us from that kind of manipulation. You are now being urged to experiment.

Let me explain what happened in the Supreme Court of Canada. Do you have a copy of the video of the argument before the Supreme Court of Canada in the *Rodriguez* case?

The Chairman: No, we do not.

Mr. Waldock: I do, and I looked at it. I watched it as it was being broadcast across the country.

Senator Perrault: Will there be some time left for questions here?

The Chairman: Yes, in a few minutes.

Mr. Waldock: Let me tell you about that situation. The judges asked questions of principle to Mr. Considine and counsel for the two attorneys-general. They said, "What is the basis of your principle? What is your authority? There should be a limit. What is fundamental justice? What is the criterion of the dignity of a human being?" They asked these three counsel about a dozen questions in one day. You can see it in the video. I did not realize how the expression on a lawyer's face can transmit itself to a judge. It was quite interesting to interpret these expressions and imagine their impact.

[Translation]

gloire, le pouvoir, la richesse, l'honneur, la santé, la liberté, l'autonomie et le culte du moi.

Les médias ont énormément parlé des souffrances de Sue Rodriguez. Lorsque l'on m'a demandé de préparer un affidavit pour l'affaire *Rodriguez*, je suis allé voir M. Slater, président de la Société de la SLA à White Rock. Son état était pire que celui de Sue Rodriguez. Des tubes sortaient de tout son corps. Pour signer l'affidavit, il a dû appuyer sur des leviers de son fauteuil pour se lever, puis se pencher lentement pour estampiller son affidavit. C'était un homme presque entièrement mécanique, mais de bonne humeur. Il vivait encore onze ans après que l'on ait diagnostiqué la SLA.

S'agissait-il d'un miracle de la médecine? Non. C'est son épouse qui a fait toute la différence; elle était constamment à ses côtés et elle avait posé sur les murs de sa chambre des photos de ses réalisations, de ses petits-enfants et de ses enfants. Elle parlait constamment de ce qu'il pourrait faire. Ses réalisations ont été nombreuses. Il avait été un ancien de son église, il avait fondé la Société de la SLA, il avait rendu visite à d'innombrables mourants pour les apaiser. Il a eu une vie bien remplie. Le miracle s'explique par la bonté d'une femme qui était une épouse aimante. Ce genre de réalité dépasse le cadre du droit et de la médecine et vient du coeur. Son épouse lui a fait sentir que la vie valait la peine d'être vécue, non seulement par ses paroles, mais aussi par ses actes. Pourtant, les médias n'ont jamais publié quoi que ce soit de semblable à ce qu'ils ont publié à propos de Rodriguez. Les médias ont fait paraître dix fois plus d'articles en faveur de l'euthanasie.

Il faudrait tenir nullement compte de l'avis du public canadien à cet égard, puisqu'on lui a menti. En fait, en tant que membres du Sénat, vous êtes extrêmement importants, car vous n'avez pas été élus et que les médias ne peuvent pas vous déloger. Nous dépendons énormément de vous pour nous protéger de ce genre de manipulation. On vous demande maintenant d'expérimenter.

Permettez-moi d'expliquer ce qui s'est produit à la Cour suprême du Canada. Avez-vous une copie du vidéo de la défense devant la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Rodriguez*?

La présidente: Non, nous n'en n'avons pas.

M. Waldock: J'ai ce vidéo. J'avais suivi la défense au moment de sa diffusion dans tout le pays.

Le sénateur Perrault: Allons-nous avoir le temps de poser des questions?

La présidente: Oui, dans quelques minutes.

M. Waldock: Permettez-moi de parler de ce cas précis. Les juges ont posé des questions de principe à M. Considine et aux avocats des deux procureurs généraux. Ils ont demandé: «Sur quoi fondez-vous votre principe? Quelle est votre autorité? Il devrait y avoir une limite. Qu'est-ce que la justice fondamentale? Quel est le critère de la dignité d'un être humain?» Ils ont posé à ces trois avocats environ une douzaine de questions en l'espace d'une journée. Vous pouvez le voir sur le vidéo. Je ne savais pas jusqu'à quel point l'expression du visage d'un avocat pouvait être si transparente pour un juge. Il était très intéressant d'interpréter ces expressions et d'imaginer leur effet.

[Text]

The lawyers were disconcerted with these questions; they were not able to answer the judges when they asked questions of principle like that. They took refuge in saying, "This is found in the principles of the law and the precedents over the centuries." To a certain extent, they are correct. Theoretically, that would mean that trial by battle or something else might be equally justified by the tradition.

The Chairman: Mr. Waldock, could you give us a few minutes to allow a couple of questions, if you have covered the most important part of your submission?

Mr. Waldock: I will finish what I was saying, first. The lawyers answering those judges were unable to give the basis of the principle that they were putting forward. The basis of the principle that they were putting forward is Christianity and the teaching of Christ that life is sacred. It is to be found in the traditions of the law, along with other ones that are not Christian, but are perfectly all right. Over 20 centuries, Christianity has weeded out all kinds of strange ideas — ideas that we do not have to contend with anymore.

Christianity is contained everywhere in the law. Since the Supreme Court of Canada had ruled in the *Big M. Drug Mart* that the purpose of the Charter was secular, these lawyers were deprived of any chance of helping the judges to obtain an answer to the question: What is the basis of your principle? The Supreme Court had prevented those lawyers from helping them.

Unless you follow Christ in Parliament, you are all lost and so are we. The danger to the law itself is even worse than the danger to medicine and the danger to the country itself.

Senator Perrault: Mr. Waldock, during the course of these hearings, we have heard tragic incidents of families and individuals who have been terribly affected by these terminal illnesses. You support palliative care — at least that is the suggestion found on page 35, where you suggest that the palliative care alternative should have been offered in the case of Sue Rodriguez. Presumably you would also like to expand and extend palliative care.

What other measures would you recommend that might serve to help to assist the terminally ill and their families? Are there proposals that you would like to see as an alternative to doctor-assisted suicide or euthanasia in its various forms?

Mr. Waldock: I support the palliative care doctors entirely. My opinion on that does not count an awful lot, because I do not have much experience with palliative care. However, what they say makes sense to me, and I support it.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Waldock. The representatives of the British Columbia Association of Social Workers are our next group of witnesses. Please proceed when you are ready.

[Traduction]

Ces questions ont déconcerté les avocats qui n'étaient pas en mesure de répondre aux juges qui leur posaient de telles questions de principe. Ils se sont réfugiés en déclarant: «La réponse se trouve dans les principes du droit et la jurisprudence.» Jusqu'à un certain point, ils ont raison. Théoriquement, cela voudrait dire que la tradition pourrait également justifier le fait que justice soit rendue par la guerre ou par autre chose.

La présidente: Monsieur Waldock, pourriez-vous nous accorder quelques minutes pour que nous puissions vous poser des questions, dans la mesure où vous avez parlé de la partie la plus importante de votre mémoire?

M. Waldock: Je vais d'abord terminer mon propos. Les avocats qui répondaient à ces juges étaient incapables d'indiquer sur quoi ils fondaient le principe qu'ils défendaient. Ils le fondaient sur le christianisme et sur l'enseignement du Christ selon lequel la vie est sacrée. Cela se trouve dans les traditions de la loi, ainsi que dans d'autres lois qui ne sont pas chrétiennes, mais qui sont parfaitement valables. Au cours de 20 siècles, le christianisme a balayé toutes sortes d'idées étranges, des idées que nous n'avons plus besoin de combattre.

Le christianisme se retrouve partout dans la loi. Depuis que la Cour suprême du Canada a décidé dans l'affaire *Big M. Drug Mart* que la finalité de la Charte était séculière, ces avocats n'ont absolument pas pu aider les juges à trouver une réponse à cette question: Sur quoi fondez-vous votre principe? La Cour suprême a empêché ces avocats de les aider.

Vous courez tous à votre perte et nous avec vous, à moins que vous ne suiviez l'enseignement du Christ dans le cadre de vos responsabilités parlementaires. Le danger auquel est exposée la loi est encore plus grave que celui que courent la médecine et le pays lui-même.

Le sénateur Perrault: Monsieur Waldock, pendant nos audiences, nous avons entendu l'histoire tragique de familles et de personnes qui ont été terriblement touchées par ces maladies incurables. Vous êtes en faveur des soins palliatifs, c'est du moins ce que l'on retrouve à la page 35 de votre mémoire où vous indiquez que l'option de soins palliatifs aurait dû être offerte dans le cas de Sue Rodriguez. Je présume que vous aimeriez également élargir et étendre les soins palliatifs.

Quelles autres mesures recommanderiez-vous pour aider les malades en phase terminale et leurs familles? Aimerez-vous que l'on propose une option différente de celle du suicide assisté par un médecin ou de l'euthanasie sous ses diverses formes?

M. Waldock: J'apporte tout mon appui aux médecins spécialisés dans les soins palliatifs. Mon avis à cet égard ne compte pas beaucoup, parce que je n'ai pas beaucoup d'expérience dans le domaine des soins palliatifs. Toutefois, ce qu'ils disent me semble sensé et je les appuie.

La présidente: Merci beaucoup, monsieur Waldock. Notre prochain groupe de témoins se compose de représentants de l'Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique. Je leur cède la parole.

[Texte]

Ms Ann DuMoulin, The British Columbia Association of Social Workers: First, we should like to say how pleased we are that your committee was set up to grasp this nettle, and that you seem to be grasping it with a great deal of courage and insight. Furthermore, you have taken the trouble to come out west to let us present our views on the subject.

We feel strongly about the value of the process that we are joining, because our findings thus far indicate that in the social work community of British Columbia — our own members — one of our most prevalent problems is that there is a great taboo about death. No one wants to talk about it. Death is regarded as a failure, either because the doctor failed to prescribe the right thing, or because the patient did not do justice to the circumstances being offered to him. We found that attitude to be prevalent.

When we were talking to our colleagues — hopefully they are university trained and are able to think in some kind of rational way about these things — in almost every case, they had to divorce themselves from thinking about, questioning, and reliving some of their own personal experiences with death and dying, before they could take into consideration the wide range of values that people have concerning death and dying.

The other striking finding is that in our educational institutions we have not given special notice or help to our so-called helping professions: social work, medicine, nursing, and so on. There is nothing in the curriculum of these professional courses to assist in viewing and being helpful with death and dying, nor has any great degree of research been done recently.

This is why we are so pleased that our colleague, Russel Ogden, who you heard from this afternoon, has a model. He has the enthusiasm and the experience. We are proud of the fact that our profession is geared up now to receive some response, but in a systematic, scientific way. Our reaction has not been research; it has been a fact-finding kind of thing.

I will now have my colleague, Michael Boyle, add his comments.

Mr. Michael Boyle, The British Columbia Association of Social Workers: Thank you for allowing us to be here this afternoon. I am one of the coauthors of the brief to the Senate. Also present with us this afternoon is Stuart Alcock, Executive Director of The British Columbia Association of Social Workers.

We hope today to deal with any immediate questions regarding our report. We tried to keep our submissions as brief as possible, in highlighting a number of issues that our professional membership has identified.

As you can see from the report, we have been studying this issue for approximately three years. We followed closely the media involvements with Sue Rodriguez. Our membership is

[Translation]

Mme Ann DuMoulin, Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique: Tout d'abord, nous tenons à dire que nous sommes heureux de voir qu'un tel comité ait été créé pour prendre le taureau par les cornes et que vous semblez accomplir votre mission avec beaucoup de courage et de perspicacité. En outre, vous vous êtes donnés la peine de venir dans l'Ouest, ce qui nous permet de présenter notre avis sur le sujet.

Nous sommes convaincus du bien-fondé du processus auquel nous participons, car jusqu'à présent, nos conclusions indiquent que dans les milieux du travail social en Colombie-Britannique (nos propres membres) la mort est un sujet tabou et c'est l'un des problèmes les plus répandus auxquels nous faisons face. Personne ne veut en parler. La mort est considérée comme un échec, soit parce que le médecin a omis de prescrire le bon traitement, soit parce que le patient n'a pas accepté ce qui lui était offert. Nous avons constaté que cette attitude était très répandue.

Lorsque nous avons parlé à nos collègues (nous espérons qu'ils ont été formés à l'université et qu'ils sont capables de réfléchir rationnellement là-dessus) nous nous sommes rendus compte que dans presque tous les cas, ils avaient dû se forcer à ne pas penser à leurs propres expériences de la mort et du mourir, à ne pas poser de questions et à ne pas revivre de telles expériences, avant de pouvoir prendre en considération l'échelle de valeurs des gens relativement à la mort et au mourir.

Autre conclusion frappante: dans nos établissements scolaires, on ne prête pas une attention spéciale aux professions dénommées professions d'assistance à autrui: travail social, médecine, soins infirmiers, et cetera, et on ne fait rien pour les aider. Rien dans les programmes de ces cours professionnels n'aide à faire face à la mort et au mourir et à apporter l'aide nécessaire; par ailleurs, peu de recherches récentes ont été faites à cet égard.

C'est la raison pour laquelle nous sommes heureux de voir que notre collègue, Russel Ogden, que vous avez entendu cet après-midi, propose un modèle. Il possède l'enthousiasme et l'expérience nécessaires. Nous sommes fiers que notre profession soit maintenant prête à recevoir une réponse, de manière systématique et scientifique. Nous n'avons pas fait de recherche; nous nous sommes plutôt fondés sur des informations.

Je vais maintenant céder la parole à mon collègue, Michael Boyle.

M. Michael Boyle, Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique: Merci de nous accueillir ici cet après-midi. Je suis l'un des coauteurs du mémoire présenté au Sénat. Nous avons également avec nous cet après-midi Stuart Alcock, directeur exécutif de l'Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique.

Nous espérons aujourd'hui pouvoir répondre à toutes questions immédiates relatives à notre rapport. Nous nous sommes efforcés d'être aussi brefs que possible et de souligner plusieurs des questions soulevées par nos membres.

Comme vous le voyez d'après notre rapport, nous étudions cette question depuis environ trois ans. Nous avons suivi de près la couverture médiatique de l'affaire Sue Rodriguez. Nos

[Text]

fairly interested in discovering and contributing to any national processes that might take place. Having said that, do you have any questions?

The Chairman: Would you like to read this report into the record? It is short, so if you wish to have it on the record, please do so. We will then have questions. We have time to do that.

Mr. Boyle: Are you suggesting that I read the report?

The Chairman: Yes, I am.

Mr. Boyle: I would be pleased to do that. The content of the brief is based on information collected by a committee sponsored by the Board of Directors of the British Columbia Association of Social Workers in 1992. Prior to this time, in early 1991, the South Vancouver Island Branch of the association had identified great interest among social workers regarding the issue of voluntary euthanasia and assisted death. This quickly resulted in the BCASW board formally initiating an investigation of social workers' attitudes, values and beliefs regarding this issue.

The committee, now known as the BCASW Committee on Euthanasia and Assisted Death, has endeavoured to interview concerned social workers across British Columbia, through a series of locally held meetings and workshops in virtually all B.C. branches throughout the province. Throughout 1993 and 1994, meetings were conducted by Ann DuMoulin, RSW; Michael Boyle, RSW; Patricia Clement, RSW; and, Keith McMurchie, RSW. We have interviewed social workers employed in a variety of work situations. However, the majority of those involved work in health care settings at this point.

In total, approximately 150 social workers had direct input into this process. The committee's work is ongoing, and we have not approved a position on the matter. In the interest of time, I may omit some of the information contained in my brief. One of the committee members, Michael Boyle, has also been involved with the Canadian Association of Social Workers. They began their study of this issue later than we in British Columbia did. We began doing this nationally earlier this year. It is our intention to highlight the importance of this issue for social workers and to be as balanced and thoughtful in our approach as we possibly can be.

We have an interview methodology. We have a way in which we approached all of our membership in the interview process. First, we asked them about their personal experiences regarding euthanasia, and death and dying; secondly, we asked them about their professional experiences; and, thirdly, we asked them about their attitudes, education, and knowledge base regarding these issues. We were able to gather a lot of information.

In our group, the palliative care people, or hospice workers, were deeply concerned about any legislation that might enable the terminally ill who were experiencing intransigent suffering to end

[Traduction]

membres souhaitent être informés de tout processus national et y participer. Cela dit, avez-vous des questions à poser?

La présidente: Aimeriez-vous lire votre rapport pour qu'il figure au compte-rendu? Il est court et si vous souhaitez qu'il figure au compte-rendu, n'hésitez pas à le lire. Nous passerons ensuite aux questions. Nous avons le temps de procéder de la sorte.

M. Boyle: Me proposez-vous de lire le rapport?

La présidente: Oui.

M. Boyle: C'est avec plaisir que je vais le lire. Le contenu du mémoire est basé sur l'information recueillie en 1992 par un comité parrainé par le Conseil des directeurs de l'Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique. Auparavant, au début de l'année 1991, la division Vancouver sud de l'Association avait décelé un grand intérêt parmi les travailleurs sociaux en ce qui a trait à l'euthanasie volontaire et à la mort assistée. C'est ce qui a rapidement mené le conseil de l'ATSCB à entreprendre une enquête sur les attitudes, les valeurs et les opinions des travailleurs sur cette question.

Le comité, maintenant appelé comité de l'ATSCB sur l'euthanasie et la mort assistée, s'est efforcé d'interviewer les travailleurs sociaux intéressés dans toute la Colombie-Britannique, dans le cadre de réunions et d'ateliers locaux dans pratiquement toutes les divisions de la province. En 1993 et 1994, les réunions ont été dirigées par Ann DuMoulin, TSD, Michael Boyle, TSD, Patricia Clément, TSD et Keith McMurchie, TSD. Nous avons interviewé des travailleurs sociaux oeuvrant dans diverses situations de travail. La majeure partie cependant travaille dans le domaine des soins de santé.

Au total, 150 travailleurs sociaux environ ont participé directement à ce processus. Le travail du comité se poursuit et les membres n'ont pas pris de position officielle sur cette question. Pour gagner du temps, je vais omettre certains des renseignements que renferme mon mémoire. L'un des membres du comité, Michael Boyle, a également participé aux travaux de l'Association canadienne des travailleurs sociaux qui a commencé à étudier cette question plus tard que nous en Colombie-Britannique. Nous avons commencé à le faire au plan national plus tôt cette année. Nous avons l'intention de souligner l'importance de cette question pour les travailleurs sociaux et d'avoir une approche aussi équilibrée et réfléchie que possible.

Nous avons une méthodologie d'entrevue. Nous avons adopté une manière précise d'aborder tous nos membres dans ce processus. Nous leur avons d'abord demandé de parler de leurs expériences personnelles relatives à l'euthanasie, à la mort et au mourir; ensuite, nous leur avons posé des questions au sujet de leurs expériences professionnelles; enfin, nous leur avons demandé de parler de leurs attitudes, de leurs études et de leurs connaissances à cet égard. Nous avons été en mesure de recueillir beaucoup d'informations.

Dans notre groupe, les travailleurs sociaux des services de soins palliatifs ou des hospices redoutent toute loi qui pourrait permettre aux malades en phase terminale dont les souffrances sont

[Texte]

their lives voluntarily. Their views were based on two primary concerns: First, the sanctity of life as a natural process with a beginning, middle and end which should be minimally interfered with. This comes largely from Elizabeth Latimer's presentation to you earlier this year. They would agree with that statement. The second concern involved the protection of the vulnerable members of our society who could potentially be further dehumanized by some sort of "eugenic-style" medical/social program which could eliminate economically useless members of society. Historical evidence suggests this could happen. They often refer to Katherine Young, an ethicist at McGill University, who suggests that. This view epitomizes the popular slippery slope argument that suggests that allowing voluntary euthanasia will result in a gradual weakening of values, which could ultimately result in some sort of "Nazi-style" program of elimination of the "unfit".

These arguments have significant impact in today's social climate in Canada, which is characterized by cutbacks and decentralized medical care; for example, the withdrawal of federal health care transfer payments to provinces by the year 2004 or thereabouts. The arguments of our colleagues in palliative care must be taken seriously. We feel that they have a strong and useful story to tell and a useful perspective that we must encourage. As social workers, it is part of our ethical code to be inclusive rather than be exclusive. We value their comments.

Another discovery that Ms DuMoulin, myself and our colleagues made was that there was a large number of our colleagues who felt that self-determination was a key issue, and we must continue to discuss, study and learn to understand from our own perspective. Those who feel that self-determination is central to the issue come at the dilemma from a different point of view. It is not incompatible with the palliative care people, but those who advocate consideration of change in legislation also agree on the necessity and importance of humane health care from birth to death, including comprehensive palliative care services. As a group, we support palliative care as something that is intrinsically important to living and dying in a civilized country. We believe that we live in one of the most highly civilized countries. We must honour the palliative care approach.

The importance of regarding, respecting and honouring the sanctity of life must be balanced with the acknowledgement of the force of an individual human being's own perception of the degree, intensity and meaning of his or her own suffering. In other words, is it always right under all circumstances to disallow persons with terminal illness who perceive themselves to be suffering unbearably to be prohibited from initiating a process that will end their lives voluntarily, preferably with medical assistance. I included references to some of the literature that we have reviewed.

[Translation]

insupportables de mettre volontairement fin à leur vie. Ces opinions découlent de deux grandes inquiétudes: premièrement, le caractère sacré de la vie en tant que processus naturel comportant un début, un milieu et une fin, devrait subir un minimum d'ingérences. Cela ressort en grande partie de l'exposé qu'Elizabeth Latimer vous a présenté plus tôt cette année. Les travailleurs sociaux sont d'accord avec ce point de vue. Deuxièmement, ils s'inquiètent au sujet de la protection des membres vulnérables de notre société qui seraient susceptibles d'être déshumanisés encore plus par «l'eugénisme» des programmes médicaux/sociaux, lesquels pourraient à leur tour éliminer les membres de la société inutiles au plan économique. Ils font souvent référence à Katherine Young, spécialiste en éthique à l'université McGill, à cet égard. Pour eux, il faut éviter de s'engager sur cette pente glissante qui affaiblira graduellement notre échelle de valeurs et finira par éventuellement mener à une sorte de programme «nazi» d'élimination des «incompétents».

Ces craintes sont fondées, compte tenu du climat social d'aujourd'hui au Canada où les compressions budgétaires se multiplient et les soins médicaux se décentralisent; il suffit de citer, par exemple, le retrait des paiements de transfert du gouvernement fédéral en matière de santé aux provinces d'ici l'an 2004 environ. Il faut prendre au sérieux les arguments de nos collègues oeuvrant dans les services de soins palliatifs. Nous pensons qu'ils ont une histoire utile à raconter et que nous devons encourager leur perspective. Le code de déontologie des travailleurs sociaux indique que nous devons avoir une approche globale plutôt qu'exclusive. Leurs observations nous sont précieuses.

Mme DuMoulin, moi-même et nos collègues ont également découvert que pour un grand nombre de membres, l'autodétermination est au coeur du problème et nous devons continuer à discuter, étudier et apprendre à comprendre dans notre propre perspective. Ceux qui pensent que l'autodétermination est au coeur du problème sont confrontés à ce dilemme d'un point de vue différent qui n'est pas incompatible avec celui du personnel des soins palliatifs; mais ceux qui préconisent d'éventuelles modifications de la loi reconnaissent également l'importance et la nécessité des services de santé complets de la naissance à la mort, y compris des services complets de soins palliatifs. En tant que groupe, nous sommes en faveur des soins palliatifs que nous considérons comme intrinsèquement importants pour la vie et la mort dans un pays civilisé. Nous croyons que nous vivons dans l'un des pays les plus civilisés de la terre. Les soins palliatifs doivent mériter le respect de tous.

S'il est important de considérer, de respecter, d'honorer le caractère sacré de la vie, il faut également reconnaître la force avec laquelle un être humain perçoit le degré, l'intensité et la signification de ses souffrances. En d'autres termes, est-il toujours juste, en toutes circonstances, d'interdire aux personnes qui souffrent de maladies incurables, qui considèrent que leurs souffrances sont insupportables, l'amorce d'un processus qui permettrait de mettre fin à leur vie, de préférence avec l'aide d'un médecin. Je fais référence à certains des documents que nous avons examinés.

[Text]

There are some commonalities with both these perspectives. Clearly, we respect individual life. Respect for the individual is central to our approach. Hence, how do we define individual rights and where they begin and end, as well as collective rights and where they begin and end? How do they interface with each other? How do we assess, evaluate and confirm the solidity of the intent to die on the part of a terminally ill patient or person? I would prefer to use the term "human being" rather than "patient", but, because many of these situations happen in a medical context, I tend to use the word "patient". We are looking at humanity in all of us and how we feel and react in our lives.

These questions can be either potentially divisive or unifying, depending on our perspective. Also, it depends on how open we are, on our awareness of our judgments of other people, on the effect of those judgments, and, how they affect those around us. Protection of the vulnerable is a value important to all social workers. It is true of our Canadian Association of Social Workers' Code of Ethics. Whether or not some acceptance of voluntary euthanasia assisted by a physician would erode protection of the vulnerable is something we do not agree on. We simply have not come to any conclusions, but we are certainly discussing it and working on it, and we want to continue to work on these issues.

To summarize the findings and recommendations of the group discussions that were held over the last year by Ann, a number of our colleagues, and myself, I will highlight the following eight recommendations briefly, then will hear your questions.

First, self-determination and collective rights are intensely interwoven in the study of this issue. A deeper exploration of how society views personal versus social and collective rights and privileges is needed. Any social or legislative policies we develop will, of necessity, come from balancing these perspectives. In other words, there are no simple answers. We must continue to have a dialogue with each other, with different professional groups, and with people that we encounter who are interested in these issues.

Secondly, further research is needed to describe and discover what is actually happening in Canada at present with regard to voluntary euthanasia. Our colleague, Russel Ogden, has probably outlined some of that in his report. We support that belief strongly.

Thirdly, educational programs should be initiated or expanded at universities, community colleges, schools, and within health care organizations, focusing on: first, the process of death and the removal of its associated taboos; secondly, cultural beliefs and practices around dying; and, thirdly, advance directives and hospital protocols. As Ms DuMoulin mentioned earlier, that is an important issue that we need to look at.

[Traduction]

Ces deux points de vue comportent des éléments communs. Il est clair que nous respectons la vie de chacun. Le respect de la personne est un facteur essentiel. Par conséquent, comment savoir où les droits individuels commencent et où les droits collectifs finissent? Comment s'imbriquent-ils? Comment peut-on estimer, évaluer et confirmer la force de l'intention de mourir de la part d'un malade en phase terminale? Je préférerais utiliser l'expression «être humain» plutôt que «patient», mais comme beaucoup de ces situations surviennent dans un contexte médical, j'ai tendance à utiliser le mot «patient». Il s'agit de l'humanité dans chacun de nous et de la façon dont nous ressentons les choses dans nos vies.

Selon notre point de vue, ces questions peuvent potentiellement diviser ou unifier. Cela dépend également de notre ouverture d'esprit, du fait que nous sommes conscients de porter des jugements sur autrui, de l'effet de ces jugements et de la façon dont ils touchent ceux qui nous entourent. La protection des vulnérables est une valeur importante pour tous les travailleurs sociaux. C'est ce qui ressort du code de déontologie de l'Association canadienne des travailleurs sociaux. Là où ne nous entendons pas, c'est si l'acceptation de l'euthanasie volontaire, avec l'aide d'un médecin, affaiblira ou non la protection des personnes vulnérables. Nous ne sommes tout simplement pas arrivés à des conclusions, mais nous en discutons, nous y travaillons et nous souhaitons approfondir l'examen de ces questions.

Je vais maintenant résumer les conclusions et les recommandations des débats de groupe qui ont eu lieu l'an passé, débats animés par Ann, par plusieurs de nos collègues et par moi-même; pour ce faire, je vais brièvement souligner les huit recommandations ci-dessous avant de répondre à vos questions.

Premièrement, l'autodétermination et les droits collectifs sont étroitement liés dans l'étude de cette question. Un examen approfondi de la façon dont la société perçoit les droits personnels par opposition aux droits et privilèges sociaux et collectifs s'impose. Toute politique sociale ou législative que nous élaborons devra, par nécessité, tenir compte de ces divers points de vue. En d'autres termes, il n'y a pas de réponse simple. Nous devons poursuivre le dialogue entre nous, avec divers groupes professionnels et avec tous ceux qui s'intéressent à ces questions.

Deuxièmement, d'autres recherches s'imposent afin de décrire et de découvrir ce qui se passe vraiment au Canada à l'heure actuelle en ce qui a trait à l'euthanasie volontaire. Russel Ogden, notre collègue, a probablement abordé ce sujet dans son rapport. Nous sommes fortement en faveur de telles recherches.

Troisièmement, il faudrait offrir ou élargir les programmes éducatifs dans les universités, les collèges communautaires, les écoles et dans les organisations de soins de santé, programmes portant sur: premièrement, le processus de la mort et l'élimination des tabous qui s'y rattachent; deuxièmement, les pratiques et les croyances culturelles liées à la mort; troisièmement, les directives préalables et les protocoles hospitaliers. Comme le mentionnait Mme DuMoulin plus tôt, c'est une question importante qu'il faut examiner.

[Texte]

Fourthly, we need to address the current legal status of suicide, assisted suicide, and euthanasia. We were amazed to find in our discoveries around British Columbia many people who still believe that suicide is illegal in Canada. The fact that it is not against the law to take one's life is not a commonly held belief. We were dealing with educated people, so that was a great eye-opener for all of us. It pointed to a real need to educate, not only our own professional group, but also people in the community, keeping in mind that we are all part of the community.

Fifthly, we need to reevaluate our thinking processes and shift our paradigms regarding suffering, death and our traditional views of who is most responsible in determining the outcome of an individual's expressed desire to die. Currently, the dying process for individuals tends to be controlled by the medical system, the legal system, and dominant religious views. This may not always be appropriate in instances of extreme suffering. I am not implying that it is inappropriate, but there should be some balance here and we agree with that.

Our next point is: Does public policy — that is, the law — always match the reality of what is taking place? Is it ethically sound, given that we have a developing body of evidence that suggests abuses are occurring, to ignore the issue and not look at further research into the question? If legislative change occurs, I, as a Canadian, would feel comfortable if we had some process and some way of developing a decision-making that made sense. I am not saying, "Let's be logical and forget about issues of the heart." We still have to follow some path or pattern.

The next point is that if a highly restricted option were available for deeply suffering, terminally ill people — that is, people were allowed under these circumstances to die, and if that were to be legislated — would everyone want to avail themselves of this opportunity? In other words, would people be rushing to the door of every medical centre asking for euthanasia? We would suggest not. Alister Browne certainly would suggest that in his 1988 article.

We propose further that support be given to all actions that serve to promote informed and considered choice amongst available options for human beings. We are saying, "Allow people to explore choice. Let's not just shut the door on future options."

Our next area of concern involves the definition of suffering. This might seem awfully simple, but it is important that the definition of suffering include physical, emotional, psychological, and spiritual components. When we say "spiritual", we mean the person's own response to his or her inner religious life. We honour and respect that.

Finally, any discussions involving voluntary death should involve a range of professionals who must consult with each other and their clients. Any person in this situation must have access to

[Translation]

Quatrièmement, nous devons examiner la situation juridique actuelle du suicide, du suicide assisté et de l'euthanasie. Nous avons été étonnés de découvrir qu'en Colombie-Britannique beaucoup de gens pensent toujours que le suicide est illégal au Canada. Le fait que le suicide ne constitue pas une infraction n'est pas quelque chose de connu. Comme nos interlocuteurs étaient des gens éduqués, cela a été une véritable révélation pour nous tous. Cela montre bien qu'il est véritablement nécessaire d'éduquer, non seulement notre propre groupe professionnel, mais aussi les citoyens de la collectivité, sans oublier que nous faisons tous partie de celle-ci.

Cinquièmement, nous devons réévaluer notre façon de penser et changer nos paradigmes en ce qui concerne la souffrance, la mort et la façon traditionnelle dont nous déterminons qui doit trancher quand une personne manifeste le désir de mourir. À l'heure actuelle, le processus de la mort tend à être contrôlé par le système médical, par le système juridique et par les opinions religieuses dominantes. En cas de souffrance extrême, cela peut ne pas toujours être de mise. Je ne dis pas ici que ce n'est pas pertinent, mais je pense qu'il faudrait parvenir à un équilibre; nous souscrivons à ce point de vue.

La question que nous posons ensuite est la suivante: Est-ce que la politique officielle (c'est-à-dire la loi) correspond toujours à la réalité? Respectons-nous les règles déontologiques lorsque nous mettons cette question de côté et que nous ne faisons pas de recherches dans ce domaine, alors que de plus en plus de témoignages révèlent des abus? Si l'on modifie la loi, en tant que Canadien, je me sentirais très bien si nous avions un processus et une façon de prendre des décisions acceptables. Je ne dis pas: «Soyons logiques et oublions toutes les questions affectives.» Il nous faut continuer à suivre un chemin.

Ensuite, même si les personnes ayant de terribles souffrances, les personnes en phase terminale, pouvaient faire un choix, très limité (c'est-à-dire, si l'on permettait à ces gens de mourir, et si cela devait faire l'objet d'une loi) cela signifie-t-il que tout le monde y recourrait? En d'autres termes, les gens se précipiteraient-ils dans chaque centre médical pour demander l'euthanasie? Nous en doutons. C'est d'ailleurs ce que dit Alister Browne dans l'article qu'il a publié en 1988.

Nous proposons en outre d'appuyer tout ce qui permet de favoriser un choix éclairé et bien pesé entre les diverses options offertes. Nous disons en fait qu'il faut permettre aux gens d'avoir le choix. Il ne suffit pas de simplement fermer la porte sur de futures options.

Nous nous intéressons ensuite à la définition de la souffrance. Cela pourrait sembler fort simple, mais il importe qu'une telle définition englobe les aspects physiques, émotionnels, psychologiques et spirituels. Lorsque nous utilisons le mot «spirituel», nous voulons parler de la réaction de la personne par rapport à ses convictions religieuses. C'est quelque chose que nous respectons.

Enfin, dans toutes discussions concernant la mort volontaire, les différents professionnels concernés doivent se consulter et consulter leurs clients. Toute personne qui se retrouve dans une

[Text]

coordinated interdisciplinary consultation. Those are our recommendations; we have some conclusions.

In conclusion, it is our view that the whole issue of euthanasia and assisted suicide provides us with both dangers and opportunities as social workers and as people living in our society. The three conclusions that we have highlighted are: first, an economic "dollar-driven" health care system is a real potential at the present, and we see it as a danger in the terms of the whole issue of euthanasia; secondly, simplistic, adversarial, or "black and white" thinking processes do not help us reach a decision-making consensus in a healthy or respectful way, and we should like to avoid that kind of thinking; and, thirdly, the unpredictability of shifting political contexts makes it challenging to come up with any firm decision at this point. Those are the things that we have to keep in mind as we pursue this issue.

The opportunities include, first, the potential for our Canadian culture to face, collectively, a deeply personal issue in what we would hope to be an exemplary way.

Secondly, we have the opportunity and the potential for being leaders in research worldwide into euthanasia. This is something that we could be doing in Canada. We have the openness and the respect of each other to enable us to do that.

Thirdly, we have the opportunity to increase our knowledge of death and to understand and better utilize palliative care programs. We could expand upon our use of palliative care programs in this country and open up a dialogue with professionals and volunteers working in that sector.

Fourthly, we have an opportunity to work together to foster a humane and caring society that is inclusive of many perspectives and does not immediately exclude something or someone who has a different point of view.

There still remain many unanswered questions that studies of proposed legislative change might usefully address. Three of these are, first, how do we evaluate a person's previously stated point of view about the cessation of his life, when he becomes comatose or otherwise unable to confirm his informed consent, if he has given that informed consent at an earlier stage?

Secondly, how could a process be initiated that would always respect people changing their minds about voluntary euthanasia? In other words, if someone says, "I would like to die if I am incapacitated," what if that person changes his mind? Who will be there to hear him enunciate his change of mind? How would we work clinically and supportively with people in these situations? These are difficult questions, and they affect families, professionals, and the human being in the situation deeply.

Thirdly, what impact would voluntary euthanasia have on guardianship legislation?

[Traduction]

telle situation doit avoir accès à la consultation interdisciplinaire. Ce sont donc nos recommandations; nous avons tiré quelques conclusions.

En notre qualité de travailleurs sociaux et de personnes vivant au sein de la société, nous reconnaissons à la fois les risques et les possibilités qui entourent l'euthanasie et le suicide assisté. Les trois conclusions que nous soulignons sont les suivantes: premièrement, un système de santé capitaliste est une véritable possibilité à l'heure actuelle; nous le considérons comme un risque en ce qui a trait à toute la question de l'euthanasie; deuxièmement, tout ramener à des arguments simplistes, contradictoires ou catégoriques ne nous aide pas à nous entendre en matière de prise de décisions d'une façon qui soit saine ou respectueuse et nous aimerions éviter ce genre de raisonnement; troisièmement, l'imprévisibilité des contextes politiques rend difficile toute décision assurée pour l'instant. Il s'agit là d'éléments qu'il faut garder à l'esprit.

Parmi les possibilités, mentionnons d'abord celle offerte à notre culture canadienne de confronter collectivement un problème profondément personnel de manière exemplaire, espérons-le.

Deuxièmement, nous pourrions être à l'avant-garde de la recherche mondiale dans le domaine de l'euthanasie. C'est quelque chose que nous pourrions faire au Canada. Nous avons l'ouverture d'esprit et le respect mutuel nécessaires qui nous permettraient de le faire.

Troisièmement, nous pourrions élargir nos connaissances sur la mort, comprendre les programmes de soins palliatifs et mieux les utiliser. Nous pourrions augmenter nos programmes de soins palliatifs dans le pays et amorcer le dialogue avec les professionnels et les bénévoles oeuvrant dans ce secteur.

Quatrièmement, nous avons la possibilité de travailler ensemble pour bâtir une société humanitaire ouverte à de nombreuses perspectives et qui n'exclut pas immédiatement la différence.

Beaucoup de questions encore sans réponse pourraient être abordées dans le cadre de l'examen de modifications proposées à la loi. Premièrement, comment évalue-t-on le cas d'une personne qui a déjà manifesté l'intention d'être euthanasiée et qui tombe dans le coma ou qui ne peut autrement plus confirmer cette intention le moment venu, dans la mesure où elle aurait donné son consentement éclairé plus tôt?

Deuxièmement, quel mécanisme faudrait-il mettre en place pour toujours respecter le droit des gens de changer d'avis à propos de l'euthanasie volontaire? En d'autres termes, si quelqu'un dit: «J'aimerais mourir si je suis frappé d'incapacité», que faut-il faire s'il change d'avis? Qui sera là pour l'entendre dire qu'il a changé d'avis? Comment pourrions-nous apporter des soins cliniques ainsi qu'un appui aux patients se retrouvant dans de telles situations? Ces questions difficiles touchent profondément les familles, les professionnels et la personne qui se retrouve dans cette situation.

Troisièmement, quelle incidence l'euthanasie volontaire aurait-elle sur la loi sur la tutelle?

[Texte]

In conclusion, in order for any of us to influence the development of the best public policy and sound professional practices, we need to tolerate and respect one another's personal attitudes and values, while not allowing them to constrain our progress in studying larger issues and in seeking some kind of healthy consensus on this matter.

We hope that our report has stimulated thought for you and provided you with a sense of our deep concern and commitment to further empirical study of this issue.

Senator Beaudoin: Your testimony raises many questions. You put the accent on research, but I should like to know if you suggest or recommend no change or no liberalization of our legislation until that research is terminated, because you raise a lot of interesting problems. I am not sure if you have some specific recommendations.

Ms DuMoulin: We said earlier that we had not reached a consensus in our own profession on the issue of euthanasia and assisted suicide, but we have reached the consensus that the living will or the advance directive could be made a legal right.

Hence, when people have made this living will and met the conditions by stating who has witnessed it — that is, they have taken it and discussed it with their family, their church, their doctor, or whoever — and when they actually are faced with the situation of not being able to say directly that this document will be a legal document, the interdisciplinary committee that Mr. Boyle spoke about would have this to refer to.

Senator Beaudoin: I will ask you the same question I asked of a previous witness: Suppose that a healthy person has made a perfect living will; that is, it is legally unchallengeable. Would you give effect to that will? The previous witness answered "no". Do I understand that in such a case you would accept euthanasia because the person is no longer in a position to say "yes" or "no"? What do we do in a situation like that?

Ms DuMoulin: We would say that if the document has legal standing, the wishes in that document should be followed.

Senator Beaudoin: Should those wishes be paramount?

Ms DuMoulin: Yes.

Senator Beaudoin: What if the person previously asked for euthanasia?

Ms DuMoulin: They cannot ask for that at the moment; it is not an allowable option at the moment.

Senator Beaudoin: This raises the point of euthanasia and voluntary euthanasia, not only euthanasia on request — that is, unless you consider the living will as a request, which it is to a certain extent. The whole question is then open. For a case like that, would you suggest legislation that would allow this possibility?

[Translation]

Pour terminer, afin que n'importe qui d'entre nous puisse influencer l'élaboration de la meilleure politique officielle possible et de saines pratiques professionnelles, il nous faut tolérer et respecter nos attitudes et nos valeurs personnelles mutuelles, tout en ne leur permettant pas de limiter nos progrès dans l'étude de questions plus vastes et dans notre quête d'un consensus utile à cet égard.

Nous espérons que notre rapport vous a porté à réfléchir et vous a sensibilisé à notre souci et à notre engagement d'approfondir l'étude empirique de cette question.

Le sénateur Beaudoin: Votre témoignage soulève de nombreuses questions. Vous insistez sur la recherche, mais j'aimerais savoir si vous suggérez ou recommandez que de ne modifier ni libéraliser la loi tant que la recherche ne sera pas terminée vu que vous soulevez beaucoup de questions intéressantes. Je ne suis pas sûr que vous fassiez des recommandations précises.

Mme DuMoulin: Nous avons dit plus tôt que nous n'étions pas parvenus à un consensus au sein de notre propre profession en ce qui concerne l'euthanasie et le suicide assisté, mais que nous sommes mis d'accord sur le fait que le testament biologique ou les directives préalables pourrait devenir un droit traditionnel.

De là, lorsque des personnes ont fait ce testament biologique et ont satisfait aux conditions en précisant qui en avait été témoin (c'est-à-dire, qu'elles en ont discuté avec leur famille, leur église, leur docteur ou qui vous voulez) et qu'elles ne sont finalement pas être en mesure de dire directement que ce document sera un document légal, le comité interdisciplinaire dont a parlé M. Boyle aurait la possibilité de s'y reporter.

Le sénateur Beaudoin: Je vous pose une question que j'ai déjà adressée à un autre témoin: à supposer qu'une personne en santé ait fait un testament biologique en tout point parfait, c'est-à-dire impossible à contester du point de vue juridique. Mettriez-vous à exécution les volontés de cette personne? Le témoin à qui j'avais posé la question a répondu «non». Dois-je comprendre que dans un tel cas vous accepteriez l'euthanasie vu que la personne n'est plus en mesure de dire «oui» ou «non»? Que faites-vous dans un cas semblable?

Mme DuMoulin: Nous dirions que si le document a cours légal, il faut respecter les volontés qui y sont exprimées.

Le sénateur Beaudoin: Ces volontés devraient-elles être suprêmes?

Mme DuMoulin: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Que se passerait-il si la personne a déjà demandé de recourir à l'euthanasie?

Mme DuMoulin: Une personne ne peut demander cela pour l'instant; cette option n'est pas permise.

Le sénateur Beaudoin: Cela soulève le point de l'euthanasie et de l'euthanasie volontaire, pas seulement de l'euthanasie sur demande, à moins que vous considériez le testament biologique comme une demande, ce à quoi il correspond dans une certaine mesure. Toute la question est alors ouverte. Dans un cas comme celui-là, recommanderiez-vous une mesure législative qui prévoirait cette possibilité?

[Text]

Ms DuMoulin: As you have been aware in your studies so far, a number of states to the south have taken the steps of saying that if this document is properly notarized, that that would be a legal document. If a person is unable to say anything on his or her own behalf, but has a living will that was made when he or she was in good health and in good spirits, and not clinically depressed, but having given thought to it and conformed to whatever hurdles were put in the way — that is, it was not made when he was in a casual mood; that it was properly witnessed and the doctor was aware of it, and so on, we would hope it would be treated as a legal document. To the extent that we can, we would use that as a legal document.

But you are talking about euthanasia. That would not be an option at the moment.

Senator Beaudoin: However, we are considering any possibility.

Ms DuMoulin: Yes.

Senator Beaudoin: You suggest that euthanasia may be legitimate in a case like that?

Ms DuMoulin: I would not suggest something that is illegal, as euthanasia now is.

Senator Beaudoin: No. My question does not involve a living will that is not legal, because we cannot give effect to a living will or a will that is illegal. However, if it is legal — that is, everything complies with the conditions of the law — then we should give effect to the living will.

Ms DuMoulin: That is exactly right.

Senator Lucier: Mr. Boyle, you must have too many lawyers in your organization; I am having a problem with some terms here. Could you explain to me what the words "coordinated interdisciplinary consultation" means, in your eighth recommendation?

Mr. Boyle: "Coordinated interdisciplinary consultation" means that in most medical organizations and community organizations, dying people usually have contact with a doctor, a nurse, perhaps a social worker, a psychologist, a pastoral care person, or some kind of community health worker. Those people have influence and the ability to help someone at any crisis point in his or her life.

"Interdisciplinary" means all of those various disciplines that a person might encounter in his or her illness. "Coordinated" refers to the fact that, in my experience and some of my colleagues' experiences, people do not always communicate what they know to each other. Hence, there must be a recognizable and determinable way of us communicating with each other, and with the patient or person whom we represent. Those are the two terms. Those are more or less health care multidisciplinary team kinds of terminologies.

[Traduction]

Mme DuMoulin: Comme vous en avez pris conscience dans le cadre de votre étude jusqu'à maintenant, un certain nombre d'États américains ont pris l'initiative et ont déclaré que si ce document est correctement authentifié, il serait alors légal. Si une personne n'est pas en mesure de parler en son propre nom mais qu'elle a fait un testament biologique lorsqu'elle était en bonne santé et saine d'esprit, alors qu'elle n'était pas sous l'effet des médicaments, qu'elle a réfléchi aux obstacles à franchir et s'y est conformé, c'est-à-dire, qu'elle l'a fait en toute connaissance de cause, devant témoin et que le médecin était au courant de son existence et ainsi de suite; nous espérons que celui-ci soit traité comme un document légal. Dans la mesure du possible, nous nous en servirions comme d'un document légal.

Mais vous parlez d'euthanasie qui n'est pas une option à l'heure actuelle.

Le sénateur Beaudoin: Toutefois, nous étudions toutes les possibilités.

Mme DuMoulin: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Vous laissez entendre que l'euthanasie peut être légitime dans un cas comme celui-là?

Mme DuMoulin: Je ne suggérerais rien d'illégal, comme c'est le cas de l'euthanasie à l'heure actuelle.

Le sénateur Beaudoin: Non. Ma question ne porte pas sur un testament biologique qui n'est pas légal vu que nous ne pouvons exécuter un testament biologique ou un testament qui est illégal. Toutefois, si le document est légal (c'est-à-dire, qu'il satisfait aux exigences de la loi) nous devrions alors exécuter les volontés de l'auteur du testament biologique.

Mme DuMoulin: Tout à fait.

Le sénateur Lucier: Monsieur Boyle, peut-être avez-vous trop d'avocats dans votre organisation; il y a un certain nombre de termes que je ne comprends pas. Pourriez-vous m'expliquer ce que signifie les mots «consultation interdisciplinaire coordonnée» à votre huitième recommandation?

M. Boyle: Par «consultation interdisciplinaire coordonnée» on entend que dans la plupart des établissements médicaux et organisations communautaires, les mourants sont habituellement en contact avec un médecin, une infirmière, voire un travailleur social, un psychologue, un membre du service de pastorale ou quelque travailleur de la santé. Ces personnes ont de l'influence et sont en mesure d'aider les autres à un point critique de leur vie.

Par «interdisciplinaire», on entend les diverses disciplines qui pourraient intervenir au cours de la maladie d'une personne. Par «coordonnée» on entend le fait que, d'après mon expérience et celle d'autres de mes collègues, les intervenants ne se communiquent pas toujours leurs connaissances. Il doit bien y avoir une façon reconnaissable de communiquer entre nous ainsi qu'avec le patient ou la personne que nous représentons. Il s'agit là plus ou moins du genre de jargon utilisé par l'équipe multidisciplinaire de soins.

[Texte]

Senator Lucier: You also state:

Any discussions involving a voluntary death should involve a range of professionals who must consult with each other, and their clients.

Keeping in mind that a camel was probably a horse that was designed by a committee, do you think we would ever get through anything like that?

Mr. Boyle: When someone says that they want to die, we do not strike a committee to help them make their decision. However, we need to assess and evaluate their expression of their need at that point. Healthy communication in a health care system or in any kind of system involves people talking to each other. We do not need to be excessive in our constant deliberations of it.

For example, most intensive care units in most hospitals have ad hoc committees that are ethics committees or advisory committees that meet to discuss delicate issues around the death or cessation of treatment for a seriously ill person. At those times, a group of people usually meet — and I am speaking from my own experience, having worked in that kind of setting — to look at the situation, to talk with the parents of a child, if it is a child, or to talk with the family members, if it is an older person who is dying, and come to some sort of consensus around how we, as a group of people, can support whatever process nature is taking at this time. The issue of euthanasia is not any different from that. The process is important and there have to be steps.

Senator Lucier: You have stated in your brief that if legalized euthanasia was put into effect, you do not feel that there would be large numbers of people opting for it?

Mr. Boyle: Some people would advocate the slippery slope argument, which says that everyone will be rushing to do it; or, that there will be elderly people who will be forced, out of guilt for being elderly, into voluntarily submitting to someone else's decision for them. That would not necessarily happen if we have the kind of culture and the kind of society that accepts the whole process of dying and works together to develop a sound policy. If it were legislated without further thought, that potential could be there, but there would likely be an increase in awareness of the need for palliative care services, an increase in awareness for compassion for people at the end of their lives, and more caring could result.

In communicating with the Social Workers Association in the Netherlands, in spite of what the media will say, we have been told that people who want euthanasia are treated quite compassionately there. It varies. However, we are not concerned that there would be a lot of problems in Canada.

Ms DuMoulin: I do not know what you have heard concerning the present situation, but an underground unofficial network is operating, and assisted euthanasia is being practised

[Translation]

Le sénateur Lucier: Vous dites également:

Toute discussion portant sur la mort volontaire devrait faire appel à une gamme de professionnels qui doivent se consulter entre eux ainsi que leurs clients.

Quand on pense qu'un chameau est probablement un cheval dessiné par un comité, croyez-vous que cette étude aboutira quelque part?

M. Boyle: Lorsqu'une personne dit qu'elle veut mourir, nous ne constituons pas un comité pour l'aider à prendre sa décision. Nous devons toutefois évaluer ses besoins. De saines communications dans un système de prestation de soins de santé ou dans n'importe quel genre de système exigent que les gens communiquent entre eux. Nous n'avons pas besoin d'être excessifs dans nos délibérations.

Par exemple, la plupart des unités des soins intensifs dans la majorité des hôpitaux disposent de comités spéciaux qui sont des comités de déontologie ou des comités consultatifs dont les membres se réunissent pour discuter de questions délicates entourant la mort ou la cessation d'un traitement dans le cas d'une personne gravement malade. Dans des cas de ce genre, un groupe de personnes se rencontrent habituellement (et je parle là d'après ma propre expérience puisque j'ai travaillé dans un tel cadre) pour examiner la situation, pour parler aux parents d'un enfant, le cas échéant, ou pour parler avec les membres de la famille dans le cas d'une personne plus âgée qui se meurt; il s'agit d'en arriver à nous entendre sur la façon dont nous, en tant que groupe, pouvons appuyer tout processus que suit alors la nature. La question de l'euthanasie n'est pas très différente de cela. Le processus est important et il doit y avoir des étapes.

Le sénateur Lucier: Vous avez déclaré dans votre mémoire que si l'euthanasie était légalisée, vous ne croyez pas que beaucoup de gens y recourraient?

M. Boyle: Certaines personnes invoqueraient l'argument de la «pente glissante», c'est-à-dire que tout le monde se précipiterait sur cette option; ou qu'il y aura des personnes âgées qui se verront forcées, parce qu'elles se sentent coupables d'être âgées, de se soumettre volontairement à une décision prise par quelqu'un d'autre. Il n'en serait pas nécessairement ainsi si la société dans laquelle nous vivons accepte le processus de la mort et coordonne ses efforts pour élaborer une politique solide. Si on y allait d'une loi sans réfléchir davantage, ce risque pourrait planer, mais on sensibiliserait vraisemblablement davantage la population à la nécessité de services de soins palliatifs, de compassion à l'égard des personnes à la fin de leur vie de manière à être peut-être plus humain.

Lorsque nous avons communiqué avec l'Association des travailleurs sociaux des Pays-Bas, malgré ce qu'en diront les médias, on nous a dit que les gens qui demandent l'euthanasie sont traités là-bas de façon très humaine. Cela varie. Toutefois, nous ne craignons pas que cela pose beaucoup de problèmes au Canada.

Mme DuMoulin: Je ne sais pas ce qu'on vous a dit au sujet de la situation actuelle, mais il existe bel et bien un réseau non officiel clandestin; l'euthanasie est une réalité de tous les jours.

[Text]

every single day. No one knows that it is happening; no one has any rules regarding who they are supposed to deal with or report to. It is really a gamble. If you happen to have a good relationship with your doctor and he feels that you have certain rights, and if you express them, that may happen. Let us not be of the opinion that if we try to throw more light onto the situation, we will create problems. We have a horrendous problem now, because this is being done and people are making these decisions with health care workers and friends, and they are acting upon them without any rules of the game. The more rules that your committee can come up with, the safer we will all feel because, to use a professional term, it is now a "crap shoot".

Senator Lavoie-Roux: Your brief appears to be ambivalent. I am astonished by your last remark. You state that your members have not made up their minds and there is no consensus yet. However, you are talking as though euthanasia is something that we should move towards, provided there are certain guidelines. You also say that euthanasia is occurring almost daily. I hope that that relates to British Columbia and not Quebec. There might be some exaggeration involved here, in that, if you have a good relationship with your doctor, your doctor will say, "Let's go ahead and do it." I hope it is not as clear as that.

You also say that we have a problem right now with what is occurring in terms of euthanasia. There are some cases, and I am not denying it, but I am surprised at what you said in your brief; namely, that your ethics committee of social workers is committed to the care of the handicapped and the protection of the most vulnerable, and so on. It seems that it is not all that important. You say that it is a matter of becoming legalized. We then get living wills, which exist in at least four provinces. I do not believe that they exist in B.C.

Ms DuMoulin: They do not exist anywhere in Canada.

Senator Lavoie-Roux: They do exist in four provinces.

Ms DuMoulin: Living wills are not a legal instrument here in Canada.

Senator Lavoie-Roux: They exist in Quebec. They also are found in Nova Scotia and Manitoba, if I am not mistaken, as well as another province.

The Chairman: In Ontario.

Senator Lavoie-Roux: They are in the process of defining something. They do exist. You suggest that euthanasia should be included, and you go on to say that it will be fine because they will have more options. Your brief disturbs me, because I do not know where you stand.

Mr. Boyle: It is important to realize that in any new endeavour, ambivalence is a healthy thing. We are at a phase in our deliberations with our colleagues where people are ambivalent, because we do not presume to have all the answers. We are

[Traduction]

Personne ne sait ce qui se passe; personne ne dispose de règles à savoir à qui ils sont sensés avoir affaire ou faire rapport. C'est vraiment affaire de chance. S'il se trouve que vous avez de bons rapports avec votre médecin et que celui-ci estime que vous avez certains droits et que vous les exprimez, cela peut arriver. Ne supposons pas que si nous essayons de clarifier la situation, nous créerons des problèmes. Nous sommes aux prises avec un terrible problème à l'heure actuelle, par ce que cela se fait et que des gens prennent ces décisions avec les travailleurs de la santé et des amis et qu'ils agissent sans aucune règle à l'appui. Plus votre comité établira de règles, plus nous nous sentirons en sécurité étant donné que, pour utiliser un terme professionnel, c'est pour l'instant un jeu de hasard.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous semblez ambivalent dans votre mémoire. Votre dernière remarque me stupéfait. Vous dites que vos membres n'ont pas encore pris leurs décisions et qu'un consensus reste à venir. Toutefois, vous parlez comme si l'euthanasie est un but vers lequel nous devons tendre, pourvu que nous disposions de certaines lignes directrices. Vous dites aussi que l'euthanasie est pratiquée presque quotidiennement. J'espère que cette remarque se rapporte à la Colombie-Britannique et non au Québec. Peut-être exagérez-vous quelque peu lorsque vous dites que si vous avez de bons rapports avec votre médecin celui-ci peut vous dire: «Allons-y pour l'euthanasie.» J'espère que les choses sont un peu plus compliquées que cela.

Vous déclarez également qu'un problème se pose à l'heure actuelle en ce qui concerne l'euthanasie. Il y a certains cas et je ne le nie pas, mais le contenu de votre mémoire me surprend; à savoir que votre comité de déontologie des travailleurs sociaux s'engage à s'occuper des personnes handicapées et à protéger les plus vulnérables et ainsi de suite. Cela ne semble pas très important. Vous dites que c'est une question de légalisation. Nous arrivons ensuite au testament biologique, qui existe dans au moins quatre provinces. Je ne crois pas qu'il existe en Colombie-Britannique.

Mme DuMoulin: Il n'existe nulle part au Canada.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il existe bel et bien dans quatre provinces.

Mme DuMoulin: Le testament biologique n'a pas cours légal au Canada.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il existe au Québec. On le trouve également en Nouvelle-Écosse et au Manitoba, si je ne m'abuse, ainsi que dans une autre province.

La présidente: En Ontario.

Le sénateur Lavoie-Roux: On est en train de mettre quelque chose au point. Le testament biologique existe. Vous laissez entendre qu'on devrait inclure l'euthanasie et vous continuez en disant que tout ira pour le mieux parce que les malades auront davantage d'options. Votre mémoire m'ébranle parce que je ne sais pas quelle est votre position.

M. Boyle: Il est important de se rendre compte que dans toute nouvelle entreprise, l'ambivalence a du bon. À cette étape de nos délibérations, nous en sommes au point où les participants sont ambivalents parce que nous ne présumons pas avoir toutes les

[Texte]

studying and we are in the process of dialogue with each other. We do not want to be completely definite with each other. In fact if we were to come here today and be definite, I would be unhappy.

Senator Lavoie-Roux: I accept that.

Mr. Boyle: I believe that there are possibilities for us, through study and research and collaboration, to be able to reach some better conclusions around how we might work together.

Senator Beaudoin: Therefore, you will be able to reach a better consensus; is that correct?

Mr. Boyle: Yes, a better consensus. There may never be a conclusion to this issue. However, it is important to get involved in understanding a human being's response to his inevitable terminal illness. From my experience, few people want euthanasia. However, I have seen situations wherein euthanasia would have been the appropriate compassionate response.

Mr. Stuart Alcock, British Columbia Association of Social Workers: You have put your finger on what I perceive to be the central dilemma, not for social workers, but for all sorts of people. On the one hand, we have a great deal of respect for the individual and the individual's wishes; on the other hand, we have a responsibility as professionals and human beings to care for people. Sometimes, the caring means that we are tempted to override their wishes or override our commitment to respect their wishes. That is the issue that, in many ways, is in the balance here. What you describe as our ambivalence is very much a reflection of that dilemma and the way that dilemma is currently being expressed among the members of the association.

It is apparent that the members have yet to speak about this issue in a clear policy resolution voice. As I have assisted the BCASW committee and have heard what the committee is doing, my own sense of the correct response to this issue has moved around and will continue to move around for some time. I do not know how to advise the association's members at this point.

Senator Lavoie-Roux: That is a good answer. However, let us suppose that legislation is enacted that permits euthanasia under certain circumstances. What would the role of your profession be in relation to the people to whom you feel committed; namely, the vulnerable people, or the mentally handicapped, or the elderly? We know that families do not remain neutral in those discussions either. As professionals, how do you take care of the people you feel particularly committed to — the ones in greater danger of being swallowed by the slippery slope?

Mr. Alcock: The committee has tried to address, in some of its remarks, its serious concerns about how you access what constitutes informed consent; that is, fully informed consent, fully considered and voluntarily given consent. It may be that on some days some of us are better at doing it than on other days. The difficult question here is: Is their consent a consent for all

[Translation]

réponses. Nous sommes en train d'examiner la question et nous sommes en plein dialogue. Nous ne voulons d'un accord tout à fait unanime. En fait, si nous devions venir ici aujourd'hui et être précis, je serais malheureux.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'accepte cela.

M. Boyle: Je crois qu'il est possible pour nous, par l'entremise d'études, de recherches et de collaboration, d'en arriver à de meilleures conclusions sur la façon dont nous pourrions travailler ensemble.

Le sénateur Beaudoin: Par conséquent, vous seriez en mesure d'en arriver à un meilleur consensus? Est-ce exact?

M. Boyle: Oui, un meilleur consensus. Peut-être n'en viendrons-nous jamais à une conclusion. Toutefois, il est important de chercher à comprendre la réaction d'un être humain à sa maladie terminale et inévitable. D'après mon expérience, peu de gens veulent recourir à l'euthanasie. Toutefois, j'ai vu des cas où l'euthanasie aurait été la réponse humaine appropriée.

M. Stuart Alcock, Association des travailleurs sociaux de la Colombie-Britannique: Vous avez mis le doigt sur ce que je crois être le principal dilemme, non pas pour les travailleurs sociaux, mais pour toutes sortes de gens. D'une part, nous avons beaucoup de respect pour la personne et ses volontés; d'autre part, nous avons une responsabilité en tant que professionnels et êtres humains de nous occuper des gens. Il arrive parfois qu'en les soignant nous soyons tentés de passer outre à leur volonté ou à notre engagement de respecter leur volonté. C'est la question qui, à bien des égards, se pose ici. Ce que vous décrivez comme notre ambivalence correspond tout à fait à un reflet de ce dilemme et à la façon dont celui s'exprime à l'heure actuelle parmi les membres de l'association.

Il est manifeste qu'il reste encore aux membres à s'exprimer sur cette question au moyen d'une résolution claire. Comme j'ai assisté aux réunions du comité de l'ATSCB et ai entendu parler de ce que fait le comité, mon propre sens de la réponse exacte à cette question s'est déplacé et continuera de se déplacer pendant un certain temps. Je ne sais pas comment conseiller les membres de l'Association pour l'instant.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est une bonne réponse. Toutefois, à supposer la promulgation d'une loi autorisant l'euthanasie dans certaines circonstances. Quel serait alors le rôle de votre profession par rapport aux personnes envers lesquelles vous vous sentez engagé; à savoir, les personnes vulnérables, les personnes ayant des problèmes de santé mentale ou les personnes âgées? Nous savons que les familles ne restent pas neutres dans ces discussions non plus. En tant que professionnels, comment prenez-vous soin des personnes envers lesquelles vous vous sentez particulièrement engagé, celles qui courent le plus de risques de dériver du côté de la pente glissante?

M. Alcock: Le comité a essayé d'aborder, par certaines de ses remarques, les graves préoccupations qu'il entretient au sujet de la façon d'accéder à ce qui constitue un consentement éclairé; c'est-à-dire, un consentement tout à fait éclairé, tout à fait réfléchi et volontaire. C'est peut-être qu'il y a des jours certains d'entre nous y parviennent mieux que d'autres jours. La question à

[Text]

time? We recognize the seriousness and complexity of dealing with someone who may change his or her mind.

Senator Lavoie-Roux: Yes. Also, the problem around someone who might not be able to give their consent.

Mr. Alcock: You may not be able to confirm the consent, if the person has become so seriously impaired that he or she is regarded incompetent. These are difficult professional questions. Where a social worker is dealing with someone who is currently competent, a social worker's responsibility professionally is to assist that person to explore his or her legal alternatives. I would anticipate that some members may say, "I am not sure I want to do all that." Nevertheless, I believe that that is the fundamental professional commitment to people who are currently competent.

Senator Lavoie-Roux: One of your professional duties would also be to explore with this person, apart from the legal option, what is motivating them toward one choice rather than the other. This is a basic question. This is an important function of social workers, psychiatrists, and psychologists.

Mr. Boyle: I agree completely with that statement. Many times in medical settings, the consultative aspect of working with the client or the human being who is suffering is overlooked in the morass of legal and medical issues. It is important to take the time to analyze with your client and your patient what is it that is motivating them to want to do this. In my experience, a lot of people refuse to consider it once they have a good counselling relationship or better communication with their family. We can play that role.

Senator Corbin: In your conclusions you tell us about potential dangers and opportunities. In your list of dangers, you underscore the economic dollar-driven health care system as a real potential at present. What do you mean precisely? Could you expand on that thought, please?

Ms DuMoulin: For example, the potential exists when decisions are made by administrative echelons in service giving, such as a general hospital; they may have a sufficient number of dialysis machines to serve five people, however, eight people may need dialysis. The decisions that those people will be forced to make are becoming more and more difficult as we close more general hospitals and try to get health services back into the home or out into the community.

As our resources are diminishing, which is the case in Canada, and as they continue to diminish, economic concerns may be the overriding factor in some of these decisions.

Senator Corbin: Would it not be your view that some of the services now delivered in hospitals could best be delivered in institutionalized health care hospices? Our traditional hospitals are overloaded with longer-term cases, if I may use the

[Traduction]

laquelle il est difficile de répondre dans ce cas-ci est la suivante: Un consentement de leur part vaut-il pour toujours? Nous reconnaissons le sérieux et la complexité des rapports avec une personne qui peut changer d'avis.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui. Il y a aussi le problème qui se pose dans le cas d'une personne qui ne pourrait peut-être pas donner son consentement.

M. Alcock: Il se peut que vous ne puissiez confirmer le consentement, si la santé de la personne s'est à ce point détériorée qu'elle est considérée comme inapte à prendre des décisions. Il s'agit là de problèmes professionnels difficiles à résoudre. Lorsqu'un travailleur social a affaire à une personne qui est saine d'esprit, il doit, professionnellement parlant, aider cette personne à explorer les choix légaux qui s'offrent à elle. Je m'attendrais à ce que certains membres déclarent: «Je ne suis pas sûr que je vais faire tout cela.» Je crois néanmoins qu'il s'agit de l'engagement professionnel fondamental envers les gens qui sont actuellement sains d'esprit.

Le sénateur Lavoie-Roux: De par votre profession, vous devriez aussi explorer avec cette personne, à part l'option légale, les motifs de leur choix par rapport à un autre. Il s'agit là d'une question fondamentale. Il s'agit d'un rôle important qu'ont à jouer les travailleurs sociaux, les psychiatres et les psychologues.

M. Boyle: J'abonde tout à fait dans le sens du sénateur. Il arrive souvent dans les milieux médicaux, que la consultation avec le client ou l'être humain qui souffre est négligée dans tout le fatras des questions légales et médicales. Il est important de prendre le temps d'analyser avec votre client et votre patient les motifs qui l'amènent à vouloir recourir à l'euthanasie. D'après mon expérience, nombreux sont ceux qui refusent de songer à cette solution une fois qu'ils ont été bien conseillés ou qu'ils ont mieux communiqué avec les membres de leur famille. Nous pouvons jouer ce rôle.

Le sénateur Corbin: Vous parlez dans votre conclusion des risques et des possibilités. Dans la liste des risques que vous avez établie, vous signalez que le système de santé capitaliste est une menace réelle. Que voulez-vous dire par là? Pourriez-vous préciser votre pensée?

Mme DuMoulin: Par exemple, la possibilité existe lorsque les décisions sont prises à des échelons administratifs dans les établissements de soins comme un hôpital général; il se peut qu'on ait un nombre suffisant d'appareils de dialyse pour cinq personnes alors que huit malades devraient être traités. Ces personnes auront des choix de plus en plus difficiles à faire vu que nous fermons d'autres hôpitaux généraux et tentons d'offrir les services de santé à domicile ou ailleurs dans la collectivité.

Comme nos ressources diminuent, ce qui est le cas au Canada, et à mesure qu'elles continueront à s'amenuiser, il se peut que les considérations économiques soient le principal facteur dont on tiendra compte dans certaines de ces décisions.

Le sénateur Corbin: Ne seriez-vous pas d'accord pour dire qu'il vaudrait mieux offrir dans des hospices les services assurés à l'heure actuelle dans les hôpitaux? Nos hôpitaux traditionnels sont surchargés de cas de soins prolongés, si je puis utiliser

[Texte]

expression. In most instances, those patients could be just as well looked after in a different type of institution and at a lesser cost?

Ms DuMoulin: Yes, or even at home.

Senator Corbin: Yes, even at home, in certain cases.

Ms DuMoulin: Patients should be presented with the available options. We should not have to say, "We are closing down this wing for economic reasons. You go home and look after yourself."

Senator Corbin: You do not bring down the axe unless you have alternatives already in place.

Ms DuMoulin: We have had experiences where psychiatric hospitals or units have been closed as a result of the development of medication that is now effective in many of the people who were once thought to need a padded cell, or a back ward, and so on. We now have the medical opportunity to treat these people so that they can become well. On the other hand, when they become well and we discharge them back into the community, if we do not have the resources to give them some support and structure on their return to the community, they will probably stop taking their medication. In two or three months, they will be in the exact sorry state that they were first in when they had to be hospitalized.

Senator Corbin: In many areas of Canada, the palliative care delivery system is based on voluntarism; that is, people volunteering and freely giving of their time.

Ms DuMoulin: That is correct.

Senator Corbin: There are no unions involved; people give out of the generosity and the goodness of their hearts. That system seems to be working extremely well. What is the experience here in British Columbia?

Mr. Alcock: First, in our submission to the British Columbia Royal Commission concerning health care and costs we talked about the need to move away from reliance upon expensive, large acute care hospitals for the provision of certain sorts of services. Hence, your early remarks were in line with what we were talking about vis-à-vis the creation of alternatives for people in the community and at home.

The difficulty with expanding alternatives in the community, including the use of volunteers, is that those are often seen as the services that you can cut back more easily than acute care hospital services.

Senator Corbin: Are they the first to go?

Mr. Alcock: Yes, they are the first to go. They are somehow not seen as being as essential. The point that the committee is making in the brief concerning whether or not our health care

[Translation]

l'expression. Dans la plupart des cas, on pourrait très bien s'occuper de ces malades dans un établissement différent et à un moindre coût, si je ne m'abuse?

Mme DuMoulin: Oui, ou même à domicile.

Le sénateur Corbin: Oui, même à domicile dans certains cas.

Mme DuMoulin: On devrait faire part aux malades des options qui s'offrent. Nous ne devrions pas avoir à leur dire: «Nous fermons cette aile pour des raisons économiques. Retournez chez vous et occupez-vous de vous-mêmes.»

Le sénateur Corbin: Vous ne pouvez mettre la hache tant que d'autres solutions ne sont pas déjà appliquées.

Mme DuMoulin: Il est arrivé que des hôpitaux ou des services psychiatriques ont été fermés après la mise au point de médicaments dont l'efficacité a été prouvée chez de nombreuses personnes pour lesquelles on avait songé à recourir entre autres à une cellule matelassée ou une arrière-salle. Nous disposons maintenant d'outils médicaux nous permettant de traiter ces personnes pour qu'elles se rétablissent. D'autre part, lorsqu'elles prennent du mieux et qu'elles sortent de l'hôpital, nous devons disposer des ressources nécessaires pour les appuyer au sein de la communauté si nous ne voulons pas qu'elles cessent de prendre leurs médicaments. Dans deux ou trois mois, elles se retrouveront dans l'état lamentable qui a nécessité à l'origine leur hospitalisation.

Le sénateur Corbin: Dans de nombreuses régions du Canada, les système de prestation des soins palliatifs se fondent sur le volontariat; c'est-à-dire des gens qui donnent gratuitement de leur temps qui se dévouent.

Mme DuMoulin: C'est exact.

Le sénateur Corbin: Aucun syndicat n'intervient; des gens y vont de leur générosité et de leur bonté. Ce système semble très bien rodé. Qu'en est-il en Colombie-Britannique?

M. Alcock: Premièrement, dans l'exposé que nous avons soumis à la Commission royale de la Colombie-Britannique qui s'est penchée sur les soins de santé et les coûts, nous avons parlé de la nécessité de nous libérer de notre dépendance des gros hôpitaux coûteux de soins de courte durée en ce qui a trait à la prestation de certains services. De là, les remarques que vous avez faites plus tôt étaient au diapason des propos que nous avons tenus au sujet de l'élaboration de solutions de rechange pour les personnes qui se retrouvent dans la communauté ainsi que chez eux.

Le problème que pose l'expansion des solutions de rechange dans la communauté, y compris le recours à des bénévoles, c'est que l'on considère souvent qu'il s'agit des services à l'égard desquels il est plus facile de faire des compressions comparative-ment à ceux qui sont prodigués dans les hôpitaux de soins de courte durée.

Le sénateur Corbin: Sont-ils visés en premier lieu?

M. Alcock: Oui. Pour une raison ou pour une autre on ne les considère pas comme essentiels. Le point que fait ressortir le comité dans le mémoire sur la question de savoir si notre système

[Text]

system is becoming overly preoccupied with dollar issues is that we are concerned that some of the real options that need to be addressed by your committee may prove to be extremely difficult to achieve or achieve and maintain. That is something that we hope we will be able to overcome.

Mr. Boyle: I should like to clarify the dollar-driven aspect that comes from our membership who are concerned about things we have seen south of the border; for example, the massive hospital closures in California that have put people out on the street with no back up services. You have highlighted our concerns about that kind of economic orientation that sees only the cost factor and nothing else — certainly not the social cost.

Senator Lavoie-Roux: There are psychiatrically ill and chronically ill people who might be sent back to the street.

Mr. Boyle: Sometimes, ill people are discharged from hospital without proper pre-palliative care services even here in British Columbia. It applies not only to the mentally ill, but also to the physically ill, on occasion.

Senator Perrault: The brief from the social workers poses some interesting questions. The organization should be commended for its program to obtain the opinions of its membership and to move around the province of British Columbia. That can only be helpful and useful to the committee.

I had planned to ask about the economic dollar-driven health care system, but then I saw your third conclusion concerning the unpredictability of shifting political contexts. Will you explain to me what that means?

Ms DuMoulin: We are stating that we are witnessing massive changes in our society at all levels, including the political one. That factor must be taken into consideration when designing health services.

Senator Perrault: Are you suggesting that if there are new governments there could be new approaches to these problems?

Ms DuMoulin: Yes, but not necessarily good ones.

Senator Perrault: It might lead to disruptive consequences; is that what you are saying?

Ms DuMoulin: It is a possibility.

Senator Perrault: All across the country, we have had an increasing degree of support for palliative care as a partial alternative to other solutions for those who are facing terminal illness.

The demand for increased palliative care comes at a time when hospital and medical budgets are being cut all the time.

Ms DuMoulin: Yes, that is correct.

Senator Perrault: How do we reconcile the two? You are suggesting that it is impossible to expand the program unless we have the resources to do it.

[Traduction]

de soins de santé devient trop préoccupé par l'aspect financier, c'est que nous craignons que certaines des véritables options sur lesquelles doit se pencher votre comité peuvent se révéler très difficiles à réaliser et à maintenir. Il s'agit là d'un obstacle que nous espérons être en mesure de surmonter.

M. Boyle: J'aimerais éclaircir l'aspect «capitaliste» qui vient de nos membres qui s'inquiètent de choses que nous avons constatées chez nos voisins du Sud; par exemple, les fermetures massives d'hôpitaux en Californie qui ont fait que des gens se retrouvent dans la rue sans services de soutien. Vous avez fait ressortir nos préoccupations au sujet de ce genre d'orientation économique qui ne voit que le coût et rien d'autre, certainement pas le coût social.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il y a des malades psychiatriques et des malades chroniques qui pourraient se retrouver à la rue.

M. Boyle: Il arrive parfois que des malades obtiennent leur congé de l'hôpital sans qu'on leur offre des services de soins pré-palliatifs appropriés, même ici en Colombie-Britannique. Cela s'applique non seulement aux malades mentaux mais aussi parfois à d'autres malades.

Le sénateur Perrault: Le mémoire des travailleurs sociaux pose certaines questions intéressantes. Il faudrait féliciter l'organisation de son programme visant à obtenir les points de vue de ses membres et de ses déplacements dans la province de la Colombie-Britannique. Cela ne peut être qu'utile au comité.

J'avais pensé poser des questions au sujet du système de soins de santé capitaliste. mais mes yeux sont tombés sur l'imprévisibilité des contextes politiques. Voulez-vous m'expliquer ce que cela veut dire?

Mme DuMoulin: Nous disons que nous sommes témoins de changements énormes dans notre société à tous les niveaux, y compris des contextes politiques. Il faut tenir compte de ce facteur lors de la conception de services de santé.

Le sénateur Perrault: Voulez-vous dire par là que la venue de nouveaux gouvernements signifie que de nouvelles approches pourraient être adoptées à l'égard de ces problèmes?

Mme DuMoulin: Oui, mais pas nécessairement les bonnes.

Le sénateur Perrault: Cela pourrait entraîner des effets néfastes; est-ce ce que vous dites?

Mme DuMoulin: C'est une possibilité.

Le sénateur Perrault: Dans toutes les régions du pays, l'appui s'est accru en ce qui a trait aux soins palliatifs comme solution de rechange partielle à d'autres solutions dans le cas de ceux qui souffrent d'une maladie terminale.

La demande accrue de soins palliatifs arrive à un moment où les budgets hospitaliers médicaux sont sans cesse l'objet de compressions.

Mme DuMoulin: Oui, c'est exact.

Le sénateur Perrault: Comment concilier les deux? Vous laissez entendre qu'il est impossible d'étendre le programme à moins de disposer des ressources pour ce faire.

[Texte]

Mr. Boyle: It is important to differentiate between acute care expenditures in health care that affect the populous beneficially and the over-investment in things like expensive technology that does not benefit a large number of people. For example, in Canada there are only two medical schools that offer a specialty in palliative care for physicians. There is not any curriculum for social workers in a university or a community college that focuses on palliative care.

Senator Perrault: You are suggesting it is needed, are you?

Mr. Boyle: Yes, it is very much needed.

Senator Perrault: We have heard from people in various parts of the country that it is all right for you people in the big cities like Vancouver, Toronto, Montreal, because you have lots of palliative care facilities. But in northern New Brunswick, or northern Quebec or northern B.C., we do not have access to these things. You are promoting a program that will never be available to us. Is there an answer to that one?

Ms DuMoulin: It would be available on a voluntary level, as long as there was input somewhere to select the volunteers that you wish to see in that kind of a program. You then would need to give them some training and orientation involving some of the scenarios that they will have to face. You will also need some kind of support system, so that as volunteers are helping with home care, they also have a social worker or whomever available as a resource to them.

We all have a great deal of fear and discomfort. Volunteers can be very helpful, because the person who is ill knows that the volunteer is doing this because he really cares. They are not getting paid for their volunteer work.

Senator Perrault: Would it be fair to surmise that a palliative care program on a more comprehensive basis than we have at the present time could result in a net economic benefit to the community?

Mr. Boyle: Yes.

Senator Perrault: It is not an add-on extra cost to the community?

Ms DuMoulin: No. Absolutely not.

Senator Perrault: It is heartening to hear that.

Senator Keon: Everything has been asked that can be asked. As I was listening to you present your brief, it occurred to me that it is sort of a mini-brief of everything we have heard so far. You are looking at things from every angle, but you cannot make up your minds.

It is interesting that you are a unique health discipline or allied health profession, whatever you prefer to call yourselves, but that you have this opportunity to look at the medical, legal, social, psychological and fiscal problems of the patient or individual with whom you are confronted, unlike the other health disciplines who are more narrow and focused. Consequently, you have a better

[Translation]

M. Boyle: Il est important d'établir la différence entre les dépenses pour les soins de courte durée dans le système des soins de santé qui profitent à la population et le surinvestissement dans une technique coûteuse par exemple, qui ne profite pas à beaucoup de gens. Par exemple, au Canada il n'y a que deux écoles de médecine offrant aux médecins une spécialisation en médecine palliative. Aucune université ni collège communautaire n'offre un programme axé sur les soins palliatifs à l'intention des travailleurs sociaux.

Le sénateur Perrault: Vous voulez dire que c'est un besoin n'est-ce pas?

M. Boyle: Oui, un très grand besoin.

Le sénateur Perrault: Des gens de diverses régions du pays nous ont dit que c'est très bien pour vous les gens des grandes villes comme Vancouver, Toronto, Montréal parce que vous avez beaucoup d'établissements offrant les soins palliatifs. Mais au nord du Nouveau-Brunswick ou du Québec ou de la Colombie-Britannique, nous n'y avons pas accès. Vous préconisez un programme dont nous ne pourrions jamais nous prévaloir. Avez-vous une réponse à ce sujet?

Mme DuMoulin: Le programme serait offert sur une base volontaire, tant que quelqu'un quelque part voudrait bien choisir les volontaires que voulez voir participer à ce genre de programme. Il faudrait ensuite que vous leur donniez de la formation et que vous les orientiez de manière à les prévenir contre les situations auxquelles ils pourraient avoir à faire face. Il faudra aussi un système de soutien pour que les bénévoles qui effectuent des travaux ménagers puissent recourir au besoin au service d'un travailleur social ou de quelqu'un d'autre.

Nous avons tous beaucoup de craintes et de malaises. Les bénévoles peuvent être très utiles étant donné que la personne qui est malade sait que le bénévole s'intéresse vraiment à elle. Cette personne n'est pas rémunérée pour son travail.

Le sénateur Perrault: Serait-il juste de présumer qu'un programme de soins palliatifs plus complet que celui dont nous disposons à l'heure actuelle pourrait être économiquement avantageux pour la société?

M. Boyle: Oui.

Le sénateur Perrault: Cela ne suppose pas de coûts supplémentaires pour la collectivité?

Mme DuMoulin: Non. Absolument pas.

Le sénateur Perrault: De tels propos sont réconfortants.

Le sénateur Keon: Il ne reste plus grand chose à demander. Alors que je vous écoutais présenter votre mémoire, il m'est venu à l'esprit qu'il s'agit d'un genre de mini-mémoire sur tout ce que nous avons entendu jusqu'à maintenant. Vous examinez les choses de tous les angles, mais vous ne pouvez en venir à une décision.

Il est intéressant de constater que vous êtes une discipline unique ou une profession connexe du domaine de la santé, peu importe le nom que vous préférez vous donner, mais que cette occasion vous a été offerte d'examiner les problèmes médicaux, juridiques, sociaux, psychologiques et financiers avec lesquels est aux prises le patient ou la personne avec laquelle vous êtes mis en

[Text]

handle on the need for change than the other disciplines. Yet you have not been able to articulate that.

Earlier, Russel Ogden said that he would be quite comfortable if we changed the Criminal Code right now. I think you were here. I was interested in pursuing that with him, because, in isolation, that is dangerous. As a discipline, do you think there is a need for euthanasia, or physician-assisted suicide, or assisted suicide, or whatever society should choose?

Mr. Boyle: I appreciate your comment, because you want to hear something specific and clear about our views. As a co-chair of this committee, it is not my right, at this point, to state what I think, because my colleagues have not yet themselves decided. As Mr. Alcock mentioned, they have not passed a resolution with our assembly. However, that may occur within the next year; in fact, I suspect that it will.

I could speak from my point of view as a private person, but that would not be relevant here at this point. We are moving in the direction of tolerance for the concept of developing some policy on euthanasia. Our membership is moving in that direction.

Ms DuMoulin: They are exploring it. You said that we might have a better handle on it. By way of explanation, when we were running around B.C. gathering opinions, et cetera, in all of the towns and villages there were social workers who may be hired to do child welfare or public welfare. This skill should be available through those social workers to assist in this way, too. You do not have to have a social worker on the staff of the hospital, but they should be available in these small communities.

As we progress in our understanding and as we tell our schools and community colleges that they should start raising this question and demystifying death — which is mysterious and taboo now — all members of our profession should have this skill, no matter what they are hired to do, and they should use it in this way.

Senator Beaudoin: First, we should not feel shy about whether or not we have a consensus because the highest court in Canada is divided 5:4; it is comprehensible that we do not agree on all the factors. This problem is extremely difficult. However, I would like to return to the question of legalization.

It is one thing to say, "Do not legalize," or "Let's legalize it," but that is not the most difficult problem. Consent is the most difficult problem. When is a person really asking to die? How is this consent manifested? How is it voluntary and not voluntary?

You cannot isolate proposed legislation from the parameters around that — that is, the consent. We have that in law for contracts, and we have that in many fields of law. It is always

[Traduction]

présence, à la différence des autres disciplines qui sont plus étroites et ciblées. Par conséquent, vous avez une meilleure idée que les autres disciplines des changements qui s'imposent. Pourtant vous n'êtes pas parvenu à articuler votre pensée.

Plus tôt, Russel Ogden a déclaré qu'il était très à l'aise avec l'idée que nous modifions maintenant le Code criminel. Je crois que vous étiez ici. Cela m'intéressait d'aller plus loin avec lui parce que si l'on ne fait que cela, c'est dangereux. Croyez-vous que nous avons besoin de l'euthanasie ou du suicide assisté ou de ce que la société choisirait?

M. Boyle: Je suis sensible à votre observation, parce que vous voulez entendre que nous vous donnions un point de vue clair et précis. En tant que coprésident de ce comité, je n'ai pas le droit, pour l'instant, de dire ce que je pense, vu que mes collègues n'en sont pas encore venus à une décision. Comme l'a dit M. Alcock, aucune résolution n'a été adoptée à notre assemblée. Toutefois, cela peut arriver au cours de la prochaine année; en fait je crois qu'il en sera ainsi.

Je pourrais vous donner mon point de vue personnel, mais cela ne serait pas pertinent à ce moment-ci. Nous nous dirigeons vers la tolérance en ce qui concerne l'idée d'élaborer une politique sur l'euthanasie. Nos membres se dirigent dans cette direction.

Mme DuMoulin: C'est une voie qu'ils explorent. Vous avez dit que nous pourrions avoir une meilleure idée. En guise d'explication, lorsque nous avons parcouru la Colombie-Britannique pour rassembler entre autres des opinions, dans les villes et les villages où nous sommes allés, des travailleurs sociaux oeuvraient dans les secteurs de l'aide à l'enfance ou de l'assistance publique. Cette compétence devrait être offerte par l'entremise de ces travailleurs sociaux qui pourraient aider également de cette manière. Ce n'est pas nécessaire que l'hôpital ait à son emploi un travailleur social, mais ces petites collectivités devraient pouvoir recourir à leurs services.

À mesure que nous comprendrons mieux et que nous dirons à nos écoles de médecine et nos collèges communautaires qu'ils devraient commencer à soulever cette question et à démystifier la mort (qui est mystérieuse et tabou à l'heure actuelle) tous les membres de notre profession devraient posséder cette compétence, peu importe ce pourquoi on les a embauchés et il devraient s'en servir de cette façon.

Le sénateur Beaudoin: Premièrement, nous ne devrions être gênés d'avoir ou de ne pas avoir un consensus vu que le plus haut tribunal du pays s'est prononcé à cinq contre quatre sur le sujet; c'est tout à fait compréhensible que nous ne nous entendions pas sur tous les points. Il s'agit là d'un problème très difficile à régler. Toutefois, j'aimerais revenir à la question de la législation.

C'est une chose de dire: «Ne légalisons pas» ou «Légalisons». C'est dans le consentement que réside la difficulté la plus grande. Quand une personne demande-t-elle vraiment de mourir? Comment se manifeste ce consentement? Comment est-il volontaire et non volontaire?

On ne peut isoler le projet de loi des paramètres qui entourent le consentement. Ceux-ci se retrouvent dans la législation en ce qui concerne les contrats ainsi que dans de nombreux domaines du

[Texte]

difficult to say: Is this consent valid or not valid? In fields such as euthanasia and assisted suicide, you have that problem. It is at the centre of the problem in that some people are strong willed, others are unable to consent, others are weak, and others will not say "yes", but they will not say "no". How will you define those parameters?

This is why we talk about the slippery slope argument and abuses in some countries. There is probably no perfect system. The problem is: Is this country in favour of euthanasia or assisted suicide, or is this country satisfied with our present legislation? Is this country in favour of the decisions of the tribunals that we have now, or do we have to intervene? Do we have to develop palliative care? I think we learn a lot.

I am not surprised at all when you say that there is no consensus on that. I would be extremely surprised if you had a consensus on those difficult questions. In that sense, your brief is useful. It is a picture of what we are.

Ms DuMoulin: It is nice to be lined up with the Supreme Court of Canada.

Senator Beaudoin: It cannot be otherwise. Euthanasia is like the death penalty and abortion: the courts are always divided.

The Chairman: Thank you very much for your presentation today.

Ms DuMoulin: Best of luck to you!

Mr. Boyle: Thank you for having us here.

The Chairman: We will now hear from two witnesses who are not indicated on our schedule. They have been here all day. They requested to appear some time ago, and they have made their issues known to the clerk, so it would be useful to hear them at this point in time. We have time, because we are not due to leave here until 5:30.

Mr. Johnson, please introduce yourself.

Mr. Andrew Johnson, Registered Nurse: Thank you for this opportunity to make a presentation before your committee, especially after bullying my way into this seat this afternoon. I had written and stated that I would submit a brief, but I was unable to do that before these hearings. It has been a long day, so I will get straight to my points.

First, I should spend one minute on who I am and why I am here. I am a registered nurse here in Vancouver, and I work for the Vancouver Health Department in the Home Care Program. I also work in the Hospice Program where I am a member of a shift care team that provides care to people around the clock who choose to die in their home. That is my field of expertise in the area of AIDS and palliative care.

[Translation]

droit. Il est toujours difficile de dire: «Ce consentement est-il valide ou non? Dans des domaines comme l'euthanasie et le suicide assisté, ce problème se pose et il prend toute la place du fait que certaines personnes ont de la volonté, certaines sont incapables de donner leur consentement, d'autres sont faibles et d'autres encore ne répondront ni par oui ni par non. Comment définissez-vous ces paramètres?

C'est la raison pour laquelle nous parlons de l'argument de la pente glissante et des abus dans certains pays. Aucun système n'est probablement parfait. Ce qu'il faut se demander c'est: «Est-ce que ce pays est en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté ou est-il satisfait de la législation actuelle? Ce pays est-il en faveur des décisions que rendent présentement les tribunaux ou devons-nous intervenir? Devons-nous développer les soins palliatifs?» Je crois que nous apprenons beaucoup.

Je ne suis aucunement surpris lorsque vous dites que vos membres ne s'entendent pas là-dessus. Ce serait très surprenant que vous en arriviez à un consensus sur ces questions difficiles. En ce sens, votre mémoire est utile. Il est un reflet de ce que nous sommes.

Mme DuMoulin: C'est bien d'être mis en parallèle avec la Cour suprême du Canada.

Le sénateur Beaudoin: Cela ne peut être autrement. L'euthanasie se compare à la peine de mort et à l'avortement: les tribunaux ont toujours été divisés.

La présidente: Merci beaucoup de votre exposé.

Mme DuMoulin: Je vous souhaite la meilleure des chances.

M. Boyle: Merci de nous avoir invité.

La présidente: Nous entendons maintenant deux témoins dont le nom ne figure pas au programme. Ils sont restés ici toute la journée. Ils ont demandé de comparaître il y a un certain temps et ont fait part de leur point de vue au greffier. Il serait donc utile de les entendre maintenant. Nous avons le temps étant donné que la salle nous est attribuée jusqu'à 17 h 30.

Monsieur Johnson, auriez-vous l'obligeance de vous présenter.

M. Andrew Johnson, infirmier: Merci de l'occasion que vous m'offrez de faire un exposé devant votre comité, surtout que j'ai dû me battre pour ce siège cet après-midi. J'ai écrit et déclaré que je soumettrais un mémoire, mais je n'ai pu le faire avant ces audiences. La journée a été longue, j'irai donc droit au but.

Premièrement, je prends quelques instants pour me présenter et vous exposer les raisons de ma présence ici. Je suis un infirmier diplômé de Vancouver; je travaille pour le service de santé de Vancouver, plus précisément pour le programme de soins à domicile. Je travaille aussi pour le *Hospice Program*; je suis membre d'une équipe qui prodigue des soins 24 heures sur 24 à des malades qui choisissent de mourir chez eux. Il s'agit de mon domaine de spécialisation en ce qui concerne le sida et les soins palliatifs.

[Text]

I have been in AIDS-related work for 11 years, in the health care industry in various capacities for ten years, and as a nurse for more than three years. For ten of those years, I have been in palliative care in the community setting.

I am president of various national associations in AIDS care, on the Board of Directors for AIDS Vancouver, and have been involved in several studies related to palliative care and other issues as well. I am the author of *Living with Dying, Dying at Home*, an AIDS care team resource manual for the family caregivers of people who choose to die at home with AIDS, which Health Canada has made part of its comprehensive care guide for people with AIDS. This is being distributed by Health Canada across the country.

I come to you with a professional interest and experience in palliative care and not only on the focus of HIV and AIDS, though I will be discussing that quite a bit in the next few minutes.

I am here today as a nurse, not as a representative from any of these associations, and as a member of my community — that is, as a neighbour, a family member, and as someone who has been at the bedside of people who are dying in their homes a number of times. Last week was my 305th funeral for an HIV diagnosis alone. I have also been to others related to cancer. Thus, I have been at death beds many times.

I have had discussions with individuals, have heard people's pleas, and have had discussions with the patient and his or her family concerning euthanasia and assisted suicide. From the discussion I have heard so far today, and from the things I have read in your newsletters, I have heard a different perspective than what has been discussed here.

In my heart of hearts, I am pleased that you are all here doing this work. It is a critical, important issue for all of us in this country. We are leaders in the world when it comes to issues of palliative care. Euthanasia and assisted suicide are part of that world or perspective. They are a different part than pain medication and holding someone's hand, but they are part of a continuum. Palliative care is focusing on the care of symptoms and on the alleviation of suffering with the idea that death is soon approaching. We are talking about death. You cannot remove euthanasia and assisted suicide from the discussion around palliative care. That would be unfair.

My concerns involve the discussions that you hear. The rhetoric centred around euthanasia and assisted suicide is often clouded or comes from the perspective of learned individuals. However, they are only one group of a few in a bunch who have decided to discuss this in the literature or openly in the public. As Russel Ogden was saying earlier, we have little data and little knowledge that their perspectives, as learned individuals in the field of ethics, philosophy, law and theology, come from people who are dying — that is, from people on the front lines.

[Traduction]

J'oeuvre depuis 11 ans dans des secteurs liés au sida, à divers titres dans le secteur des soins de santé depuis dix ans, et comme infirmier depuis plus de trois ans. Pendant dix de ces années, j'ai travaillé dans le secteur des soins palliatifs assurés au sein de la communauté.

Je suis président de diverses associations nationales qui s'occupent des sidéens, je siége au conseil d'administration de AIDS Vancouver et j'ai participé à plusieurs études sur les soins palliatifs et sur d'autres questions. Je suis l'auteur du livre *Living with Dying, Dying at Home*, un manuel qui s'adresse aux soignants familiaux qui s'occupent de sidéens qui ont choisi de mourir à la maison et qui a été intégré au guide complet de soins pour les malades du sida du ministère fédéral de la Santé. Le manuel est distribué par Santé Canada dans toutes les régions du pays.

Je viens ici en raison de mon intérêt professionnel et de mon expérience dans le domaine des soins palliatifs et pas seulement pour parler du VIH et du sida, même si j'en parlerai abondamment dans les prochaines minutes.

Je suis ici aujourd'hui comme infirmier, non comme représentant d'aucune de ces associations, et comme membre de ma collectivité, c'est-à-dire en tant que voisin, membre de la famille et personne qui s'est retrouvé au chevet de malades qui meurent chez eux. La semaine dernière j'ai assisté à mes 305^e funérailles d'un malade qui avait le VIH. J'ai assisté à d'autres funérailles de personnes qui sont mortes du cancer. J'ai donc été au chevet de bien des mourants.

J'ai eu des discussions avec des particuliers, j'ai entendu des plaidoyers et j'ai eu des discussions avec le malade et sa famille sur l'euthanasie et le suicide assisté. D'après ce que j'ai entendu jusqu'à maintenant, et d'après ce que j'ai lu dans vos bulletins de nouvelles, on m'a fait part d'un point de vue différent de ce dont on discute ici.

Sincèrement, je suis heureux que vous vous penchiez sur cette question cruciale pour tous les Canadiens. Nous sommes des chefs de file dans le monde dans le domaine des soins palliatifs. L'euthanasie et le suicide assisté font partie de ce monde. Ils ne s'apparentent pas aux médicaments pour soulager la douleur et au réconfort donné à quelqu'un, mais ils font partie d'un continuum. Les soins palliatifs s'attachent au traitement des symptômes et au soulagement de la souffrance à l'approche de la mort. Nous parlons de mort. Nous ne pouvons pas ne pas parler de l'euthanasie et du suicide assisté lorsqu'il est question de soins palliatifs. Ce serait injuste.

Mes préoccupations portent sur les discussions que vous avez entendues. La rhétorique lorsqu'il est question d'euthanasie et de suicide assisté est souvent nébuleuse ou est celle d'érudits. Ils ne sont toutefois qu'un petit groupe parmi un grand nombre qui ont décidé de discuter de cette question dans la littérature ou sur la place publique. Comme l'a dit plus tôt Russel Ogden, nous avons peu de données permettant de dire que leurs points de vue, en tant qu'érudits des domaines de l'éthique, de la philosophie, du droit et de la théologie, viennent de personnes qui meurent, c'est-à-dire de gens qui se trouvent sur la ligne de front.

[Texte]

I am giving myself away here. I am a grass roots kind of person. I urge you to balance your perspectives and your understandings of what you hear with that perspective. There is a lack of data, experience of attitudes, knowledge, policy outcomes and evaluation in the area of euthanasia, assisted suicide and palliative care. Do not be fooled: little data is conclusive out there about palliative care and its outcomes. And, please do not be fooled by the proponents of palliative care, of which I am one.

We need research. When you are making your deliberations, be careful about the power of the name and the individual or the writing that is there. We are only on the cusp of our understanding and our knowledge. Behind all of that is our own fear and concern with mortality. Only when we have become more comfortable with that ourselves as a society and as individuals will we begin to get closer and closer to embrace what people are experiencing at the moment of death and shortly before it.

Please be careful when you return to Ottawa to read your notes. I was shocked to hear the way some speakers were describing their studies. Thank you for asking about those citations. Go and read them. Make sure you know what they have done with the numbers, how they have twisted them and changed them. Be very careful about that. If I am talking like a graduate student, it is because I am one.

Palliative care and AIDS is my focus in nursing. Here at this great institution of UBC, rigor is something that we are checking. When they were citing those numbers, I was concerned about the way they were twisting them. I have no idea what you people have been told beforehand, but please go to the original sources.

I want to talk about the other side of palliative care. I read in your newsletters and suspect that you have heard from the great proponents of palliative care in this country who have done fantastic things for palliative care. All the discussion I have heard today has generally come from a perspective based in institutions. Palliative care, health care, and care of the dying is now returning to the home. Many more people are choosing to die in their own surroundings, on their own conditions, and on their own turf, because, at present, we do not have the resources, the policies, the trained professionals, or the ability to provide the care the way that people want to receive it.

Generally, the quality of palliative care that we give is fantastic. It is remarkable how far we have come from an aggressive place of focus on care to palliative care. All the stories you have heard have been centred around the physical symptoms such as drugs, pain management, and so on. Those are easily corrected, but we must have those resources. We can do a tremendous amount of work in relieving suffering with pain medication, but what brings people to questions about their mortality, euthanasia, and assisted suicide is fear of that pain returning, or not having that pain alleviated; or psychosocial things such as problems with their families, dilemmas of the heart, and dilemmas of the soul. Those problems must not be forgotten because we have not yet found all

[Translation]

Je me trahis ici. Je suis du petit peuple. Je vous exhorte à comparer vos points de vues et ce que vous comprenez de ce que l'on vous dit avec ce point de vue. On manque de données, d'expérience, de connaissances, de résultats et d'évaluations dans les domaines de l'euthanasie, du suicide assisté et des soins palliatifs. Ne vous laissez pas bernier: peu de données sont concluantes en ce qui a trait à la médecine palliative et à ses résultats. Et, s'il vous plaît ne vous laissez pas bernier par ceux dont je fais partie qui préconisent les soins palliatifs.

Il faut pousser la recherche. Lorsque vous délibérerez, faites attention au pouvoir du nom et de la personne ou du texte. Ce n'est que le soupçon de notre compréhension et de notre connaissance. Derrière tout cela se profilent notre propre peur et notre propre crainte de la mortalité. Ce n'est qu'au moment où nous serons plus à l'aise avec cela en tant que sociétés et en tant qu'individus que nous commencerons à comprendre de plus en plus ce que vivent les gens au moment de la mort et aux portes de celle-ci.

Faites attention s'il vous plaît lorsque vous retournerez pour lire vos notes. J'ai été choqué d'entendre certains conférenciers décrire leurs études. Merci de leur avoir demandé de vous donner ces citations. Allez les lire. Soyez certains de savoir ce qu'ils ont fait avec les chiffres, comment ils les ont faussés et changés. Faites très attention. Si je parle comme un étudiant diplômé, c'est que j'en suis un.

Mon travail est axé sur les soins palliatifs et le sida. Ici dans ce grand établissement de l'université de la Colombie-Britannique, la rigueur est un élément que nous vérifions. Lorsqu'ils citaient ces chiffres, je m'inquiétais de la façon dont ils les avaient faussés. Je n'ai aucune idée de ce que d'autres témoins vous ont dit, mais je vous en prie, allez consulter les sources originales.

J'aimerais vous parler de l'autre volet des soins palliatifs. J'ai lu vos bulletins et je présume que vous avez entendu le point de vue des grands partisans des soins palliatifs qui ont fait beaucoup dans ce domaine. La discussion aujourd'hui portait de manière générale sur ce qui se fait dans les établissements de santé. Les soins palliatifs, les soins de santé, les soins aux mourants sont de plus en plus dispensés à domicile. En effet, il y a de plus en plus de personnes qui choisissent de mourir chez elles, dans leur milieu, selon leurs propres conditions, car, à l'heure actuelle, nous n'avons pas les ressources, les politiques, les travailleurs ou encore les moyens voulus de fournir à ces personnes les soins qu'elles désirent.

Dans l'ensemble, les soins palliatifs qui sont dispensés sont excellents. Il est étonnant de voir le chemin que nous avons parcouru dans ce domaine depuis l'époque où l'on utilisait des méthodes de traitement plus énergiques. Tous les récits que vous avez entendus ont porté sur les symptômes physiques comme les drogues, le contrôle de la douleur, ainsi de suite. On peut facilement atténuer ces symptômes, mais il faut les ressources nécessaires pour le faire. On peut aussi grandement atténuer la douleur grâce aux médicaments. Toutefois, c'est la crainte de voir cette douleur revenir ou persister qui amène les gens à se poser des questions au sujet de leur mortalité, de l'euthanasie et du suicide assisté, ou encore des questions de nature psychologique

[Text]

the ways in which we can help people with those things. But we are growing, and we are learning with those things. I want to make sure that that side of palliative care is part of the whole discussion, not just the physical side and the pain medication symptom management.

I have helped people with their dying in homes, hospitals, and alleys. I have helped people die in a box in an alley downtown, because that is where their home was. You have to understand that palliative care is not something that occurs in a hospital. Many people ask for euthanasia and assisted suicide because they have no idea what palliative care is about and what it is, nor do they want it. Palliative care cannot give them back their job, their family, their income, or the home where they may have lived.

This is the life story for many people with AIDS who, because of their diagnosis, have had all of that removed from their lives. It is a different experience from dying with cancer. It is not different physically, spiritually or psychosocially, but it is different politically and in the intensity and the vastness of the loss that occurs in a short period of time.

Often people start to talk to me about euthanasia and assisted suicide after they have lost their job, their insurance or their family. They have been totally rejected by the world and must live on \$700.00 a month because they rely on government funding in order to get the drugs that they need to stay alive — and I could go on with this issue. Euthanasia is a real option for these people. There is not much hope in their lives.

We do not have the services today to help these people find hope and meaning in those ways. That issue needs to be addressed. To deny people the discussion and the opportunity to think about that and the control over their lives after losing control over everything else in their life begs the ultimate question: Whose life are we talking about? If we believe in the right to self-determination — as we do for all Canadians — and the right to access to employment, to education and to opportunity, does that right in self-actualizing one's dreams and one's hopes not extend to what one does with one's life?

For example, when someone decides that, "I cannot take any more or face any more indignity; I have made my contribution to society and I now want to go," this is a fundamental question that needs to be addressed. You are addressing that in your deliberations, but at an extremely high level — that is, at a place that is extremely safe. It has to come right down here to the heart. You need to spend a lot more time talking to people who are asking themselves that question and what it means. We can hide behind policy, rhetoric, and many things, but the heart of the issue is for that individual. That is where we have to return the focus of the discussion.

I am most concerned about the context here, because it is changing. I have heard a lot of people talk about safeguards, changing legislation, protecting things and individuals — protect-

[Traduction]

au sujet des difficultés qu'ils éprouvent avec leur famille, des poids qu'ils pourraient avoir sur le coeur, sur la conscience. Ces problèmes ne doivent pas être oubliés, car nous n'avons pas encore trouvé tous les moyens de les surmonter. Mais nous faisons des progrès. Je tiens à faire en sorte que l'on discute aussi de cet aspect-là des soins palliatifs, pas seulement de l'aspect physique des médicaments, du contrôle des symptômes.

J'ai accompagné des gens dans la mort tantôt chez eux, tantôt à l'hôpital et tantôt dans la rue, parce que c'est là qu'ils habitaient, dans une boîte de carton. Il faut comprendre que les soins palliatifs ne sont pas uniquement dispensés dans les hôpitaux. De nombreuses personnes demandent à mourir par euthanasie et par suicide assisté parce qu'elles ne savent pas ce que sont les soins palliatifs, et parce qu'elles n'en veulent pas. Les soins palliatifs ne leur permettront pas de retrouver leur emploi, leur famille, leur salaire ou leur foyer.

C'est l'expérience que vivent de nombreux sidéens qui ont tout perdu en raison de leur maladie. La situation est différente pour les cancéreux, non pas sur le plan physique, spirituel ou psychologique, mais sur le plan politique et en raison de l'amplitude des pertes qu'ils subissent en un si court laps de temps.

Souvent, les gens commencent à me parler d'euthanasie et de suicide assisté après avoir perdu leur emploi, leur assurance ou leur famille. Ils sont rejetés de tous et doivent vivre avec 700 \$ par mois parce qu'ils comptent sur l'aide financière du gouvernement pour acheter les médicaments dont ils ont besoin pour survivre, je pourrais m'éterniser sur le sujet. L'euthanasie constitue une option réelle pour ces personnes, parce qu'elles n'ont plus grand chose à espérer.

Ces personnes n'ont pas accès à des services qui leur permettent de retrouver l'espoir parce que ces services n'existent pas. Nous devons remédier à la situation de toute urgence. Le fait de priver ces personnes de la possibilité de songer à tout cela, de retrouver leur autonomie après avoir tout perdu dans leur vie nous amène à nous poser la question suivante: «De quelle vie s'agit-il?» Si nous croyons au droit à l'autodétermination (pour tous les Canadiens) et au droit d'avoir accès à un emploi, à une éducation et à des possibilités d'avancement, est-ce que le droit de réaliser ses rêves et ses espoirs ne s'applique pas au droit de disposer de sa vie?

Par exemple, lorsqu'une personne décide qu'elle ne peut plus supporter de vivre dans l'indignité, qu'elle a apporté sa contribution à la société et qu'elle veut maintenant mourir, nous avons là un problème fondamental auquel nous devons nous attaquer. C'est ce que vous faites dans vos discussions, mais à un niveau beaucoup trop théorique, où vous ne vous exposez à aucun risque. Il faut revenir au coeur du sujet. Il faut passer plus de temps avec les gens qui se posent cette question, qui cherchent à en connaître le sens. On peut se cacher derrière des politiques, des discours, ainsi de suite, mais le coeur du sujet reste le même, c'est-à-dire l'individu. C'est sur lui qu'il faut se concentrer.

Le contexte dans lequel s'insère le débat m'inquiète aussi énormément, parce que ce contexte évolue. Beaucoup de personnes ont parlé de la nécessité de prévoir des garanties, de

[Texte]

ing society as a whole. We have heard about it from an ethical, philosophical, and legal perspective — all kinds of different ways — but no one has tried to make an effort to notice how society's views are changing.

I ask you to return to the people again. The discussion around morals and ethics up here has not moved with the discussion at this level. This discussion has tried to shape the way we think, but it is not a reflection of what is happening. Russel Ogden's research tells us something horrible that is happening. People are making those decisions, but because they do not have the means or the expertise to do it, they are botching their deaths. Suicides are not working out. We have heard other people refer to back alley and back room or underground euthanasia circles. In my practice, that is not something I see often but I know it exists. That is not happening in this discussion.

Society is changing, the context of health is changing, and the context of who is in control of decision-making is changing. When you talk about informed consent and discussions with the issue, no one has been talking about bringing in the family. To what extent is the family involved in the informed consent? Who has that discussion with the patient? Is it the physician who is on call that day, or is it the person who has known that patient for 10, 15 or 20 years? When that is not possible, perhaps the family should be involved — that is, someone who knows the person. These are all the things that I am most concerned about; namely, that the discussion and the policy be shaped by the context of time with the flexibility for moving forward.

That brings me to the safeguards and protection. When you start talking about safeguards, please ask the questions: Safeguards by whom, for whom, and for what? Today, the only focus on safeguards that I heard was basically for the professional or for the vulnerable individual of society. However, there are many other perspectives that must be included when it comes to safeguards. I can think of the families who are left behind after an assisted suicide or a suicide. That is a natural part of life. How will we protect them? We cannot think of only the moment and the act in our safeguards. We have to think of the situation before the act, the act itself, and about after the act when we start talking about this whole process. The before, middle, and after are all part of the act. It is the "after" that most of us have to deal with in the health profession. It is an important perspective that needs to enter the discussion.

Finally, I wish to leave you with some stories. You have heard many stories about people, such as Sue Rodriguez and others, who have been faced with a terminal illness and who have talked about the suffering and fear of continuing their life in indignity and those kinds of things. I wanted to make sure — and I wish that they felt they could come forward; I hope that some do — that you know that there are many people out there who make the decision about euthanasia and assisted suicide in a different light. They have viewed their suffering as a process of growth and a process of hope.

[Translation]

modifier la loi, de protéger les personnes, de protéger la société dans son ensemble. Toutes ces questions ont été analysées d'un point de vue éthique, philosophique et juridique (sous bien des angles différents) mais personne n'a pris la peine de noter à quel point la société évolue.

Je vous demande de ramener les discussions à l'individu. Les discussions sur les valeurs morales et l'éthique, même si elles visent à façonner notre pensée, ne reflètent pas la réalité. L'étude de Russel Ogden montre que quelque chose de terrible est en train de se produire. Les gens prennent ces décisions, mais parce qu'ils n'ont pas les connaissances ou les moyens leur font défaut, ils bâclent leur mort. Le suicide ne constitue pas une solution. Nous avons entendu d'autres personnes parler des pratiques clandestines d'euthanasie. Ce n'est pas quelque chose que je vois souvent dans mon travail, mais je sais qu'elles existent. Or, cette question n'a pas été soulevée lors de vos discussions.

La société, les soins de santé, le pouvoir de prendre des décisions, tout cela est en train de changer. Lorsque vous faites allusion au consentement éclairé du patient, vous oubliez de mentionner la famille. Dans quelle mesure la famille intervient-elle? Qui discute de cette question avec le patient? Est-ce le médecin qui est de service ce jour-là, ou est-ce la personne qui connaît le patient depuis 10, 15 ou 20 ans? Lorsque cela n'est pas possible, la famille (c'est-à-dire quelqu'un qui connaît bien le patient), devrait intervenir. Toutes ces questions me préoccupent. Il faut que les discussions, la politique d'ensemble, tiennent compte du contexte actuel, qu'elles puissent s'adapter aux changements qui se produiront.

Ce qui m'amène à parler des garanties et des mesures de protection. Lorsqu'on aborde ce sujet, il conviendrait de se poser les questions suivantes: des garanties fournies par qui, pour qui et pour quelle raison? Aujourd'hui, on a uniquement parlé des garanties offertes aux professionnels de la santé ou aux groupes vulnérables de la société. Toutefois, il y a de nombreux autres facteurs qui doivent être pris en considération. Je pense aux familles qui restent derrière après le suicide, avec ou sans aide, d'un proche. Cela fait partie de la vie. Qui les protégera? On ne peut pas uniquement penser au moment où l'acte se produit, à l'acte lui-même. Il faut penser à ce qui se passe avant, pendant et après. C'est «après» que la plupart d'entre nous, les professionnels de la santé, intervenons. Il s'agit d'un aspect important dont il faut tenir compte.

Enfin, j'aimerais vous parler du cas de certaines personnes. Vous avez beaucoup entendu parler de personnes, comme Sue Rodriguez et autres, qui étaient atteintes d'une maladie terminale, qui ont fait état de leur souffrance, de la crainte de vivre dans l'indignité, ainsi de suite. Je tenais à vous dire (et j'aurais aimé qu'elles viennent vous parler; j'espère que certaines le feront), qu'il y a de nombreuses personnes qui prennent la décision de recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté pour des raisons différentes. Ces personnes voyaient leur souffrance comme une source d'épanouissement, une source d'espoir.

[Text]

However, there are individuals in this country who, through their own experience, their own fortitude, and in their own spiritual beliefs, and in other beliefs, have come to a place where they have accepted themselves. Their place in their dying is, "This is it. I have had enough." They are fully competent and fully able to make the choice that "I do not want to go on any further. I have made a marvellous contribution to society. I have fulfilled my life." These individuals need to be heard as well. This is not in a context of suffering or no access to palliative care, but in a context of fulfilling and actualizing one's life and believing in one's self. That side of the story needs to be heard as well.

Senator Lavoie-Roux: I do not think you will be surprised, but Senator Neiman was talking about the importance of the social environment. The support that is the social environment is either there or it is not. It is particularly important to the patients with AIDS, who are often rejected and left to themselves. You spoke about the many things that they lose, whether it is jobs, insurance, family, friends, and so on. We are aware of this. Cancer patients have their families around most of the time and have their support.

Do you notice an evolution of the family's reaction in terms of being more open and more accepting of the AIDS patients, or has it evolved little over time? Do most AIDS patients find themselves more or less on their own, with some friends if they are lucky, or kept in a home where they share rooms with others? Is there an evolution in that area?

Mr. Johnson: Yes, there has been a tremendous evolution. There are still far too many people who die in isolation or alone. The focus of my research is working with mothers who have been estranged from their sons. Those mothers show up at the last moments. They are often asked, "Why did you come back? Why do you want to be with your son when he is dying?"

There has been quite a bit of change in public awareness and those kind of things, which is a credit to the work of community groups and governments in this country. A kinder day is coming where it is becoming more of a problem — and this relates to your earlier comments, Madam Chairman — in the elderly. My practice is not exclusively directed to people with HIV and AIDS. I, too, share your concerns. I have a tremendous concern about the elderly population who, in five years time, will represent one-third of our population and a much larger financial health care consideration — not a public health one, but a health care one for this country far greater than AIDS.

The elderly are dying alone all the time. They are also being abandoned by their families. Many of the elderly are being abandoned by their families, because our health care system is not paying attention to these growing numbers and is not providing support where it is needed. The elderly ask me all the time about euthanasia and assisted suicide.

Senator Lavoie-Roux: In what terms do they ask?

Mr. Johnson: In terms of: How can I meet this quicker?

[Traduction]

Toutefois, il y en a d'autres qui, après s'être inspirées de leur expérience, de leur courage, de leurs croyances spirituelles et autres, ont fini par accepter leur sort. Elles se sont dit, «Ça suffit. J'en ai assez.» Elles sont tout à fait lucides et capables de décider qu'elles ne veulent plus continuer, qu'elles ont apporté une contribution importante à la société, qu'elles ont mené une vie bien remplie. Ces personnes doivent elles aussi être entendues. Il faut les entendre parler non pas de leur souffrance ou de l'inaccessibilité des soins palliatifs, mais de la réalisation de leurs désirs, de la nécessité de croire en soi. Cet aspect-là aussi est important.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela ne vous étonnera peut-être pas, mais le sénateur Neiman parlait de l'importance du milieu social, du soutien qu'on y trouve. Soit ce milieu existe, soit il n'existe pas. Il s'agit là d'un facteur fort important pour les sidéens, qui sont souvent rejetés et abandonnés. Vous avez parlé de nombreuses choses qu'ils perdent, qu'il s'agisse de leur emploi, de leur assurance, de leur famille, de leurs amis, ainsi de suite. Nous savons tous cela. Les personnes atteintes de cancer sont la plupart du temps entourées de leur famille, elles bénéficient de leur appui.

Selon vous, est-ce que la famille accepte aujourd'hui plus ouvertement et plus facilement les sidéens, ou est-ce que son attitude a peu évolué au fil des ans? Est-ce que la plupart des sidéens se retrouvent plus ou moins seuls, entourés de quelques amis s'ils ont de la chance, ou encore placés dans un foyer qu'ils partagent avec d'autres? A-t-on noté une évolution en ce sens?

M. Johnson: Oui, une grande évolution. Il y a encore beaucoup trop de personnes qui meurent dans la solitude. Je travaille avec des mères qui se sont brouillées avec leurs fils. Elles se manifestent dans les derniers instants. On leur demande souvent, «Pourquoi êtes-vous revenue? Pourquoi voulez-vous être avec votre fils alors qu'il est en train de mourir?»

Le public est beaucoup plus sensibilisé à cette question, et cela grâce au travail effectué par des groupes communautaires et par les gouvernements. Un jour (et cela s'applique aux commentaires que vous avez faits plus tôt, madame la présidente) ce sont les personnes âgées qui poseront problème. Je ne m'occupe pas uniquement des séropositifs et des sidéens. Je partage vos préoccupations. Je m'inquiète beaucoup des personnes âgées qui, dans cinq ans, représenteront le tiers de notre population et un plus gros fardeau financier sur le plan des soins de santé (non pas de santé publique), mais un fardeau plus lourd que les sidéens.

Les personnes âgées s'éteignent dans la solitude tout le temps. Elles sont abandonnées par leur famille. Bon nombre d'entre elles le sont parce que notre régime de soins de santé n'accorde pas d'attention au vieillissement croissant de la population et ne fournit pas le soutien qui s'avère nécessaire. Les personnes âgées me posent tout le temps des questions sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Le sénateur Lavoie-Roux: Quel genre de questions?

M. Johnson: Du genre: Comment puis-je mettre fin à ma vie plus rapidement?

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: In terms of wanting euthanasia?

Mr. Johnson: Yes.

Senator Lavoie-Roux: You started your presentation by saying that a few days ago you had witnessed your 305th death. Is there a growing request for euthanasia? What is your experience? Do you feel there is a difference between those who receive good palliative care and those who do not? What is your experience in terms of the number of requests you have received through the experiences you have lived?

Mr. Johnson: There are a lot of factors. First, palliative care makes a big difference when it comes to talking about assisted suicide and euthanasia. I would like to see a day where euthanasia and assisted suicide may be legal options. That is my personal view. But my first concern is that everyone some day will have access to palliative care. We can help people die in a context where they do not necessarily have to deal with the issue of euthanasia or assisted suicide. However, some people will always come to that place. If we believe in their right to self-determination, that option must be available. I had to state that. What was your question?

Senator Lavoie-Roux: The question was: Have you noticed a change, an increase or a decrease, in the number of requests for euthanasia?

Mr. Johnson: Yes, I have. There has been a change. The change sometimes is related to the amount of services people get, how quickly those services are delivered, who is involved in their care, and how many people are available to them. But it often depends also on their experience with the health care system, their experience with the illness, and how many other people in their lives may have already died; for example, what they feel they will go through if they have seen a partner or family member die with this illness. It also depends on their personality, their own strength, conviction and spirituality. There are a number of factors.

People are definitely talking more about euthanasia and assisted suicide. There is absolutely no question about that. It is something that I must always discuss with every new client, at some point in my relationship with that client. That was never so before. That is the biggest change. Everyone is asking about it, but not everybody wants it. If we are to have that discussion, and if we are to be supportive in palliative care in meeting people's needs, the questions cannot be abandoned. It does not, however, necessarily mean we have to do the act.

The Chairman: Mr. Johnson, you spoke about the formulation of safeguards, if it ever got to a point where we were changing the law or considering changes in the law. You admonished us to consider the "before, the present and the after" with respect to those safeguards. What have you in mind in relation to the "after"? How can you have safeguards to deal with something after the fact?

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Elles veulent recourir à l'euthanasie?

M. Johnson: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez dit au début de votre exposé que vous aviez assisté, il y a quelques jours, à votre 305^e décès. Est-ce que le nombre de demandes d'euthanasie augmente? Quelle est votre expérience à ce chapitre? Est-ce que le fait de recevoir de bons soins palliatifs et de ne pas en recevoir du tout change quelque chose à la situation? Combien de demandes avez-vous reçues?

M. Johnson: Il y a beaucoup de facteurs qui entrent en ligne de compte. D'abord, les soins palliatifs sont un facteur déterminant lorsqu'il est question de suicide assisté et d'euthanasie. J'aimerais un jour que l'euthanasie et le suicide assisté soient légalisés. C'est mon opinion personnelle. Mais ma première priorité, c'est que tout le monde puisse un jour avoir accès à des soins palliatifs. Vous pouvez aider les gens à mourir dans un contexte où ils n'auront pas nécessairement à se demander s'ils veulent avoir recours à l'euthanasie ou au suicide assisté. Toutefois, il y aura toujours des personnes qui auront à faire ce choix. Si nous respectons leur droit à l'autodétermination, ce choix doit leur être offert. Je devais le dire. Quelle était votre question?

Le sénateur Lavoie-Roux: La question était la suivante: Avez-vous noté un changement, une augmentation ou une diminution, dans le nombre de demandes d'euthanasie?

M. Johnson: Oui. Il y a eu un changement. Ce dernier dépend parfois des services qui sont offerts, de la rapidité avec laquelle on peut y avoir accès, des personnes qui dispensent les soins et du nombre de personnes qui s'occupent du patient. Mais ce changement dépend souvent aussi des services offerts par le régime de soins de santé, de leur maladie, du nombre de personnes dans leur entourage qui sont mortes; par exemple, de ce qu'ils devront supporter s'ils ont vu mourir un proche ou un membre de la famille atteint de cette maladie. Cela dépend également de leur personnalité, de leur force de caractère, de leurs croyances et de leur spiritualité. Il y a plusieurs facteurs qui entrent en ligne de compte.

Les gens aujourd'hui parlent beaucoup plus d'euthanasie et de suicide assisté. Il n'y a aucun doute là-dessus. C'est un sujet que je finis toujours par aborder avec chaque nouveau client, ce qui n'était pas le cas dans le passé. C'est le plus grand changement que j'ai noté. Tout le monde en parle, mais ce n'est pas tout le monde qui veut y recourir. Si nous voulons avoir cette discussion, si nous voulons être en mesure d'offrir des soins palliatifs afin de répondre aux besoins des patients, nous devons aborder ces questions. Toutefois, cela ne veut pas nécessairement dire que nous devons poser l'acte.

La présidente: Monsieur Johnson, vous avez parlé des garanties qu'il faudrait prévoir si jamais nous devons modifier la loi ou envisager des changements à la loi. Vous nous avez demandé de tenir compte de ce qui se passe «avant, pendant et après l'acte». Qu'entendez-vous par «après l'acte»? Comment peut-on prévoir des garanties pour un acte qui est déjà accompli?

[Text]

Mr. Johnson: I used the model that we have in HIV testing. People in this country say that we cannot provide someone with an HIV test without pre- and post-test counselling — without an opportunity to discuss the “before” and “after” — because of the psychological ramifications. Also, if someone is positive, they need information. I believe in the same thing.

Rarely, do people necessarily die in isolation, so that when it comes to the decision-making process, family and individuals who are close have to be a part of it in some way. The decision ultimately belongs to one person; namely, the person who is dying. If that person is competent, there is the middle route; he or she should be in control of that. There is also the discussion of the method, and so on.

With respect to the “after”, I should like to think that our health care system and our legal system would develop a thoughtful and caring stance to those who are left behind, because it is a difficult thing to do. When I have interviewed mothers who have been caring for their children who commit assisted suicide or suicide, they will fight until the last minute to try and change that person's life. Rarely do they accept that person's decision, but that is the mother's instinct. Often, close family members are the same way, but afterwards — that is, with support from people around them — they come to see how important it was to that individual to exercise that right. Others have had tremendous difficulty.

If we create this scenario where people will be euthanized or have opportunity for assisted suicide, we must also think about those who are left behind. There must be counselling or support for those people, or access to services for bereavement therapy, and so on. That is what I was talking about when I referred to the “before and after”.

The Chairman: With all the experience that you have had with people who are dying or people that have asked for euthanasia or assisted suicide, are you prepared to suggest to us the priority of reasons? It must be available for people who are dying with AIDS, the loss of so many things they hold dear in their lives. In general, what are the governing factors?

Mr. Johnson: Your question indicates that we need research. There is a plug for the funders, or anyone else in the room who has money to fund the research. We do not have those answers. My experience has been on a wide range of issues. In the HIV/AIDS population, the number one fear is that of the indignity of a horrible, painful — not necessarily physically painful, but psychologically and visually painful — death. Some people also make the choice, while they are still healthy, to start talking about euthanasia so that they never get to the point of experiencing those indignities. They have seen it many times over. It is a strange thing that there is a population in our society who has seen more death than their parents, with the exception

[Traduction]

M. Johnson: Je me suis inspiré des services que nous offrons pour le dépistage anti-VIH. Les gens ici disent que nous ne pouvons faire subir un test de dépistage à une personne sans lui donner du counselling avant et après le test (sans lui donner l'occasion de discuter de ce qui arrive «avant» et «après») en raison des conséquences psychologiques que cela peut avoir. De plus, la personne qui obtient un résultat positif aura besoin de renseignements. Pour moi c'est la même chose.

Les gens n'ont pas nécessairement besoin de mourir dans la solitude, de sorte que lorsque vient le temps de prendre une décision, la famille et les proches doivent y participer d'une façon ou d'une autre. La décision finale revient à une seule personne; c'est-à-dire à celle qui est en train de mourir. Si elle est lucide, elle peut choisir la voie du milieu. C'est elle qui devrait prendre la décision. Il faut ensuite discuter de la méthode, ainsi de suite.

Concernant ce qui arrive «après» le fait accompli, j'ose croire que notre régime de soins de santé et que notre système judiciaire se montreront compatissants à l'égard de ceux qui restent derrière, parce qu'il s'agit pour eux d'une situation très difficile. J'ai interrogé des mères dont les enfants ont décidé de recourir au suicide assisté ou au suicide; elles ont lutté jusqu'à la dernière minute pour essayer de changer leur vie. Rarement accepteront-elles la décision de leur enfant, mais c'est ce qu'on appelle l'instinct maternel. Souvent, les proches agissent de la même façon, mais après (c'est-à-dire avec l'aide des gens qui les entourent) ils comprennent à quel point il est important pour cette personne d'exercer ce droit. D'autres ont beaucoup plus de difficulté à l'accepter.

Si nous permettons aux gens de recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté, nous devons également penser à ceux qui restent derrière. Il faut leur offrir des services de counselling, de soutien, de la thérapie, ainsi de suite. C'est ce que je voulais dire lorsque je parlais des services offerts «avant et après» l'acte.

La présidente: Compte tenu de tous les contacts que vous avez eus avec des mourants, des personnes qui ont demandé à recourir à l'euthanasie ou au suicide assisté, êtes-vous prêt à nous décrire les principaux facteurs dont il faut tenir compte? Il faut offrir des services aux personnes atteintes du sida, qui ont perdu un si grand nombre de choses qui leur sont chères. En général, quels sont les principaux facteurs?

M. Johnson: Votre question indique qu'il nous faut pousser les recherches plus loin. C'est ce que peuvent faire les bailleurs de fonds, ou quiconque a de l'argent pour financer la recherche. Nous n'avons pas ces réponses. Mon expérience s'applique à toute une gamme de domaines. Dans le cas des patients ayant le VIH ou le sida, leur principale crainte, c'est l'indignité d'une mort horrible, douloureuse, pas nécessairement sur le plan physique, mais sur le plan psychologique et visuel. Certaines personnes décident également, pendant qu'elles sont encore en santé, de commencer à parler d'euthanasie parce qu'elles ne veulent pas subir ces indignités. Elles en ont été témoin à maintes reprises. Il est étrange de voir qu'un segment de la population a été témoin d'un plus

[Texte]

of certain individuals who may have lived through the holocaust, or a war, or whatever.

We must understand that a small population in today's society has seen more death than most of us will ever see in our lives, cumulatively. The deaths that they have seen are a mirror image of what their own death will look like. Many make the choice early that, "I will not get to that place. I want to be able to control my dying and when I will die, so that I do not have to go through that, because it will be like that." Parts of it will be exactly like that because we do not have the answers. Others choose not to be a burden to their family and adopt the attitude, "I do not want to cost any more."

Often today, because we have good palliative care — and part of palliative care is talking to people about their dying, about the psychological stuff and the spiritual stuff — people find peace before their last breath. Some people find peace because of good palliative care. They are able to say, "I am okay. I can go now. I do not need to stick around for another six months, or however long it takes." I walk the streets at night after a long shift. I have had that conversation. They are absolutely right. Who are we to say, "No, you cannot go." We have created that because we provided them with a service that we believe is right. We have done our job well. It is a difficult place to be.

The Chairman: You are saying that as a result of good palliative care, people are more accepting of the idea?

Mr. Johnson: Some, but not everyone. Nevertheless, that is one of the outcomes. However, it does not only involve physical suffering. The four hallmarks of palliative care are: physical, spiritual, emotional, and psychosocial. We need to think of them all. If we focus on all of them, including the family, peace is the result.

The Chairman: I take your advice that the committee should hear from more people who are actually on the battle field in one way or another. Our challenge is to encourage those people to come forward to speak to us. Anything you can do to encourage that kind of input that would help us in our knowledge would be appreciated.

Mr. Johnson: I will do my best; I promise you that. I wish you success in this important task that you are undertaking and I thank you from the bottom of my heart.

Ms Cecilia Moore, St. Paul's Hospital, Pastoral Care Associate: I work in pastoral care, which involves spiritual care of the sick and dying, and facilitating healing in the sense of facilitating hope, reconciliation, and the redemptive processes for people. I have worked a lot with patients who were dying of AIDS and have faced requests for euthanasia and assisted suicide.

[Translation]

grand nombre de décès que leurs parents, sauf pour ce qui est des personnes qui ont vécu l'holocauste ou une guerre, ou autre chose de ce genre.

Il faut comprendre qu'il y a, dans la société d'aujourd'hui, un petit segment de la population qui a vécu un plus grand nombre de décès que la plupart d'entre nous n'aurons jamais l'occasion de vivre, cumulativement. Les décès qu'ils ont vus sont le reflet de leur propre mort. De nombreuses personnes décident très tôt qu'elles ne se rendront pas jusque-là. «Je veux être en mesure de décider de la façon dont je vais mourir et quand je vais mourir. Je ne veux pas vivre ce genre d'expérience.» Mais elles vivront en partie la même expérience parce que nous n'avons pas les réponses. D'autres choisiront de ne pas être un fardeau pour leur famille, et décideront qu'elles ne veulent plus être un poids pour elles.

Il arrive souvent aujourd'hui, parce nos soins palliatifs sont très bons (et ils consistent en partie à encourager les gens à parler de leur mort, de questions psychologiques et spirituelles) que les gens trouvent la paix avant de pousser leur dernier soupir. Certaines personnes trouvent la paix parce qu'elles ont accès à de bons soins palliatifs. Elles sont en mesure de dire, «Je suis bien, je peux maintenant partir. Je n'aurai pas à rester encore six mois ou à attendre le temps qu'il faudra pour mourir.» Il m'arrive de marcher la nuit après une longue journée de travail. J'ai déjà eu cette conversation. Elles ont tout à fait raison. Qui sommes-nous pour dire, «Non, vous ne pouvez pas partir.» Nous avons créé cette situation parce que nous leur avons fourni un service qui, à notre avis, est bon. Nous avons bien fait notre travail. C'est une situation très difficile à vivre.

La présidente: Vous dites que grâce aux soins palliatifs, les personnes acceptent plus facilement l'idée de mourir?

M. Johnson: Certaines, pas toutes. Néanmoins, c'est un résultat parmi d'autres. Toutefois, les soins palliatifs ne visent pas uniquement à calmer la douleur physique. Il y a quatre volets aux soins palliatifs: la santé physique, spirituelle, émotionnelle et psychosociale. Il faut nous concentrer sur tous ces volets, y compris la famille, car lorsque nous le faisons, il s'ensuit un sentiment de paix.

La présidente: Donc, à votre avis, le comité devrait entendre le point de vue d'un plus grand nombre de personnes qui, d'une façon ou d'une autre, se trouvent effectivement en première ligne. Nous devons encourager ces personnes à venir nous parler. Vos efforts en ce sens seraient grandement appréciés.

M. Johnson: Je ferai de mon mieux, je vous le promets. Je vous souhaite beaucoup de succès dans cette importante étude que vous entreprenez. Je vous remercie du fond du coeur de m'avoir écouté.

Mme Cecilia Moore, adjointe, Service de pastorale, Hôpital St. Paul's: Je fournis des services de pastorale, autrement dit je m'occupe de la santé spirituelle des malades et des mourants, je cherche à faciliter leur guérison, à encourager l'espoir, la réconciliation, la rédemption. J'ai travaillé avec beaucoup de sidéens qui ont demandé à recourir à l'euthanasie et au suicide assisté.

[Text]

First, I wish to say that we should be shocked by what we are not shocked about anymore as the barriers to killing are being removed. This is symptomatic of secular humanism, moral relativism, and the contraceptive mentality, in that I am the arbiter of the beginning of life and then I make a decision that I will be the arbiter of the end of life. This so-called right to legalized murder is a duty to kill. When you have a right, there is always a corresponding duty, and no one has a right to do that which is wrong. I will give you an example.

In 1985, I was asked to sign an authorization for an abortion, and I refused. I was fired for disobedience in refusing to sign the abortion authorization. Hence, you see what could happen if you legalize a so-called right and there is a duty, not only for some patients that might feel that they should be opting for this, but also for physicians, or social workers, or nurses to facilitate it.

I litigated this court case for seven years. I have the decision here. I had limited victory, in that the decision set a precedence for the right to refuse to participate in abortion. But at the same time, the judge stated that, because I respected life from conception to natural death, I was biased and I should have disqualified myself from counselling a pregnant woman. If you apply that reasoning to the case of euthanasia, and if there is a so-called right to it, then those who are opposed to euthanasia and respect the sanctity of life should disqualify themselves for being biased in favour of life. That is a point I wish to bring to your attention.

I have also faced a number of requests from patients with AIDS for euthanasia and assisted suicide. In almost all the cases, through pastoral counselling, they have been able to find meaning in their dying, reconciliation, hope, faith and love. I will read a couple of the letters that I received from patients who had contemplated or asked for euthanasia. One individual stated: "I will do my best to explain how important your visits were. I have been in a very deep and troubled time in my life. It has been racked by continuous illness — physical, emotional, and, most importantly, spiritual. I have put great effort into my medical recovery. It has been very tiring, and the results have been minimal. My emotional health is a disaster, as I find I cry almost all day. My quality of life is robbed to a point where basic grooming is sometimes all I can do. My spiritual life is one that scares me because I have tried various methods and religions, but I could not find the answer. I was raised in a certain faith, and I have come to believe in a spirituality reflected by your Order." This man thought I was a sister of Mother Teresa. I was wearing blue and white that day, so I do not know why he thought that. He continued: "I found your order to be non-denominational, especially towards AIDS victims. Mother Teresa and your Order is not one of prejudiced judgments or opinions, but one of love and forgiveness." He thought that I had a whole entourage of sisters, because he stated: "I want to thank you and your sisters for your support, which gives encouragement, and mostly your prayers. Your endless work will not be forgotten. You instill in

[Traduction]

D'abord, j'aimerais dire que nous devrions continuer d'être scandalisés par ce qui n'est plus jugé scandalisant, étant donné que les obstacles à la mort sont en train d'être supprimés. Cette situation est symptématique d'un humanisme séculier, d'un relativisme moral, d'une mentalité favorable aux méthodes contraceptives, puisque je suis l'arbitre du début et de la fin de la vie. Le soi-disant droit au meurtre légalisé s'accompagne d'un devoir de tuer. Lorsque vous avez un droit, il y a toujours un devoir correspondant, et personne n'a le droit de poser un geste qui relève du mal. Je vais vous donner un exemple.

En 1985, on m'a demandé d'autoriser un avortement, et j'ai refusé. J'ai été renvoyée pour insubordination. Donc, vous voyez ce qui risque de se produire si vous légalisez un soi-disant droit qui s'accompagne d'un devoir, non seulement pour certains patients qui estiment devoir opter pour cette solution, mais également pour les médecins, les travailleurs sociaux, les infirmières qui doivent en faciliter l'exécution.

J'ai contesté cette affaire devant les tribunaux pendant sept ans. J'ai une copie de la décision qui a été rendue. Il s'agissait d'une victoire limitée, la décision ayant établi un précédent pour ce qui est du droit de refuser de participer à un avortement. Mais au même moment, le juge a déclaré que, parce que je respectais la vie depuis sa conception jusqu'à sa mort naturelle, je n'étais pas impartiale et j'aurais dû m'abstenir de fournir des conseils à une femme enceinte. Si vous appliquez ce raisonnement à l'euthanasie, et s'il existe un soi-disant droit à cette pratique, ceux qui s'opposent à l'euthanasie et qui respectent le caractère sacré de la vie devraient s'abstenir de conseiller quelqu'un sur cette question parce qu'ils sont en faveur de la vie. C'est ce que je voulais vous expliquer.

J'ai reçu de nombreuses demandes d'euthanasie et de suicide assisté de la part de sidéens. Dans presque tous les cas, grâce au service de pastorale, ils ont été en mesure de donner un sens à leur mort, de se réconcilier avec eux-mêmes, d'espérer, de croire et d'aimer. Je voudrais vous lire quelques lettres que j'ai reçues de patients qui avaient envisagé ou demandé de recourir à l'euthanasie. Une personne a déclaré: «J'essaierai de mon mieux de vous expliquer pourquoi vos visites étaient si importantes. J'ai traversé une période très difficile marquée par diverses maladies, sur le plan physique, émotif et, plus important encore, spirituel. J'ai investi beaucoup dans ma guérison, qui a été très longue. Mes efforts ont donné peu de résultats. Ma santé émotionnelle est un désastre, puisque je passe une bonne partie de mes journées pleurer. Ma qualité de vie est inexistante, puisque l'unique chose que j'arrive parfois à faire, c'est ma toilette. Ma vie spirituelle m'effraie car j'ai essayé diverses méthodes et religions, mais s'en parvenir à trouver de réponses. J'ai été élevé dans une certaine foi et je crois maintenant à la spiritualité que reflète votre ordre.» Ce homme pensait que j'étais une des sœurs travaillant pour Mère Teresa. J'étais vêtue de bleu et de blanc ce jour-là, et je ne sais pas d'où lui est venue cette idée. Il ajoute dans sa lettre: «Votre ordre est non-confessionnel, surtout envers les victimes du sida. Mère Teresa et votre ordre se fondent non pas sur des jugements ou des opinions préconçues, mais sur l'amour et le pardon.» Il pensait que d'autres sœurs travaillaient avec moi, parce qu'il a ajouté: «J'veux vous remercier, vous et les autres sœurs, pour votre appu

[Texte]

me a sense of hope and have exposed me to life's greatest gift: unconditional love."

I received another letter which stated: "Thanks for being a good friend during my stay. You have inspired me and brought me closer to God. I am not afraid to die anymore. I now live with hope. Thank you and God bless you."

Another letter read: "Thank you for knowing me in my confinement. Thank you for showing you care, share, and understand. You helped me to heal my illness and to be much closer to God by taking the time to listen. Please, kindly continue your mission, because this is the work of God. Cecilia, when special people touch our lives, then suddenly we see how beautiful and wonderful our world can really be. You can always meet the challenge in every single day you live when you walk in faith. Cecilia, when your future holds decisions that are difficult to make, and at times you wish you had a place to hide, if you are looking for guidance on the path you should take, never fear for God is always at your side." The writer was actually contemplating assisted suicide, but in the end found such peace that he was giving me advice and counselling.

Two years ago, weighing 90 pounds, this young fellow lay in a bed and begged a nurse to kill him. He writes: "My guilty conscience pained me not as much as did my AIDS ravaged body, and I tried to numb both with sedatives. When I was diagnosed with AIDS, I was told that I had approximately two weeks to live. I rejected everyone's love and concern, and became more and more depressed. I felt so confused and my spirit, mind and soul were completely lost. I wanted to die to end this misery. The Lord constantly tried to bring me close to him, but I rejected God and was angry with the world and everyone in it. But God did not give up on me. Soon, I developed a special relationship, Cecilia, and experienced God's miracle of healing. AIDS has been a gift to me. I have rediscovered God and learned to relate all my suffering and pain to Jesus. When I look upon Jesus and recall the moment he was crucified, I know that nothing can compare to the pain he felt when he was nailed to the cross. My suffering has been a blessing and a means of purification of my body and soul, resulting in forgiveness, happiness and healing. I pray constantly, especially the rosary, for conversion. I draw pictures. Indeed my life has been totally transformed. I accepted now that there is hope. I am not afraid to die."

That is a sample of a few letters that I have received from patients who have found hope and meaning in their life through addressing that spiritual and emotional pain that they are experiencing. Especially when they are newly diagnosed, many of them feel that they can live no longer. They feel so overwhelmed by this news that some of them have actually attempted suicide. They need that response from us. That is the challenge for us to respond with love to them, not to shortchange them by facilitating

[Translation]

vos encouragements et surtout vos prières. Vos efforts ne seront pas oubliés. Vous m'avez redonné l'espoir et vous m'avez exposé à l'un des plus grands cadeaux de la vie: l'amour sans conditions.»

J'ai reçu une autre lettre qui se lit comme suit: «Vous avez été pour moi une bonne amie pendant mon séjour et je vous en remercie. Vous avez été une source d'inspiration et m'avez rapproché de Dieu. Je n'ai plus peur de mourir. Je vis maintenant avec l'espoir. Merci, et que Dieu vous bénisse.»

Une autre lettre dit ce qui suit: «Merci d'avoir pris le temps de me connaître. Merci de votre affection et de votre compréhension. Vous m'avez aidé à guérir et à me rapprocher de Dieu en prenant le temps de m'écouter. Je vous encourage à poursuivre votre mission, qui est la mission de Dieu. Cecilia, lorsque des personnes spéciales entrent dans notre vie, nous voyons soudainement à quel point le monde peut être beau et merveilleux. Lorsque vous avez la foi, vous êtes en mesure de relever les défis de la vie quotidienne. Cecilia, lorsque vous aurez à prendre des décisions difficiles, et que vous souhaiterez parfois avoir un endroit bien à vous où vous réfugier, si vous cherchez une lumière pour vous guider, n'ayez crainte, Dieu sera toujours à vos côtés.» L'auteur envisageait en fait de demander le suicide assisté, mais à la fin, il était tellement en paix avec lui-même que c'est lui qui me donnait des conseils.

Il y a deux ans, ce jeune homme, qui pesait à peine 90 livres, implorait une infirmière de mettre un terme à sa vie. Il écrit: «Ma mauvaise conscience me dérangeait autant que mon corps ravagé par le sida. J'ai essayé de les calmer tous les deux au moyen de sédatifs. Lorsque j'ai su que j'avais le sida, on m'a dit que j'avais environ deux semaines à vivre. J'ai rejeté l'amour et l'affection de tous ceux qui m'entouraient, et je suis devenu de plus en plus dépressif. J'étais déconcerté, et mon âme et mon esprit étaient complètement perdus. Je voulais mourir pour mettre fin à ma détresse. Le Seigneur a constamment essayé de me rapprocher de Lui, mais j'ai rejeté Dieu et j'en voulais à tout le monde. Mais Dieu ne m'a pas abandonné. J'ai établi avec lui un rapport spécial et j'ai été témoin du miracle de la guérison. Le sida a été pour moi une bénédiction. J'ai redécouvert Dieu et j'ai appris à me rapprocher de Jésus par ma souffrance et par ma douleur. Quand je pense au moment où Jésus a été crucifié, je sais que rien n'est comparable à la douleur qu'Il a ressentie au moment d'être cloué sur la croix. Ma souffrance a été une bénédiction et un moyen de purifier mon corps et mon âme, de pardonner, de connaître le bonheur et de guérir. Je prie sans arrêt et je récite le rosaire en vue de me convertir. Je dessine. Ma vie a été entièrement transformée. Je sais maintenant qu'il y a de l'espoir. Je n'ai pas peur de mourir.»

Ce sont là quelques-unes des lettres que j'ai reçues de patients qui ont trouvé l'espoir et donné un sens à leur vie, en essayant de comprendre la douleur qu'ils ressentent sur le plan spirituel et émotif. Bon nombre d'entre eux, surtout lorsqu'ils viennent à peine d'être diagnostiqués, estiment ne plus être capables de vivre. Certains se sont sentis tellement dépassés par les événements qu'ils ont effectivement essayé de se suicider. Ils ont besoin de nous. Et nous devons les aider, non pas les priver de la vie en

[Text]

a so-called assisted death, but to help them to live in their dying. The dying is an opportunity and the suffering is an opportunity. It is an opportunity to grow in the fullness that they may never have had an opportunity. The last six months of life is the most poignant time. As one AIDS patients said to me when he was dying, "The hottest places in hell are reserved for those who in times of moral crisis remain neutral." I urge us to err on the side of life, if we are in doubt.

I can leave you the decision from my court case and also the letter by one of the patients with AIDS.

Senator Corbin: You have quoted from some of the letters your success stories. You must have had failures as well; have you not?

Ms Moore: Yes. A number of patients that I know have committed suicide.

Senator Corbin: Were they beyond help?

Ms Moore: I do not think that they were beyond help.

Senator Corbin: Is there — I will not call it a culture — a trend, perhaps, amongst the HIV/AIDS people that life has to end by an assisted suicide or some form of euthanasia? Is that the trend? Are there not people within that community who have a different outlook, a different approach?

We have been given a picture today of the necessity to legalize or shape this in some way that it would be authorized and permitted, leaving everyone in this hall to believe that there are no other alternatives. I am rather shocked by the approach. People have been dying ever since mankind existed on earth, and there have probably been worse diseases. Certainly, when you read your history, there have been horrific instances of whole populations being wiped out and people laying around for weeks before they died. What is amazing is that in this world and in this age of technology, of caring and of greater humanism, the final solution is to take away your life or have someone take away your life. That shocks me tremendously. The palliative care approach seems to be rejected as if it were insufficient. Tell us more about your experience in that field.

Ms Moore: There has been a desensitization to the sanctity of life. What once shocked us no longer shocks us. It is an incremental thing. When we tolerate the killing of innocent unborn children, this mentality moves on to children who are handicapped and, in the utilitarian philosophy, to those who are no longer of use; namely, the elderly and the sick.

The right to life is the most fundamental of human rights. Without it, no other rights exist. If you make any exceptions, it is then only a matter of time before we become more desensitized. The barriers to killing are removed and you will tolerate more killing. It does not surprise me that we have come to this, but it is bizarre that we even have to discuss legalized murder in this setting. You would think that the value of life would be so precious to us that we would respond to those who are requesting

[Traduction]

facilitant leur suicide assisté, mais les aider à vivre dans les derniers moments de leur existence. La mort, tout comme la souffrance, constitue pour eux une occasion de grandir et de s'épanouir comme ils ne l'auraient jamais fait autrement. Les six derniers mois d'une vie sont les plus intenses. Pour reprendre les paroles d'un sidéen, «Les endroits les plus chauds en enfer sont réservés à ceux qui, lorsque confrontés à une crise morale, restent neutres.» Dans le doute, nous devrions opter pour la vie.

Je peux vous laisser une copie du jugement du tribunal, de même que la lettre que m'a fait parvenir un des patients atteints du sida.

Le sénateur Corbin: Les lettres que vous nous avez lues font état de vos succès. Mais vous avez dû aussi avoir des échecs, n'est-ce pas?

Mme Moore: Oui. Je connais plusieurs patients qui se sont suicidés.

Le sénateur Corbin: Leur cas était-il désespéré?

Mme Moore: Je ne le crois pas.

Le sénateur Corbin: Est-ce que les séropositifs et les sidéens ont tendance à croire (et je ne qualifierais pas cela de culture) que la vie doit prendre fin par un suicide assisté ou une forme quelconque d'euthanasie? Ont-ils tendance à penser cela? Y a-t-il des gens au sein de ce groupe qui pensent différemment?

On nous a fait comprendre aujourd'hui qu'il faut absolument légaliser cette pratique, l'autoriser d'une façon ou d'une autre, de sorte que nous avons l'impression qu'il n'y a pas d'autres alternatives. Je trouve cela plutôt choquant. Les gens meurent depuis toujours, et il y a sans doute eu des maladies encore plus graves que celle-là. Bien entendu, il y a eu des cas horribles où des populations entières ont été décimées, ou des gens sont morts après avoir été abandonnés pendant des semaines. Ce qui m'étonne, c'est que dans ce monde et dans cette ère de développement technologique, où la compassion et l'humanisme sont si grands, la solution finale est de vous enlever la vie ou de demander à quelqu'un de le faire pour vous. Je trouve cela très bouleversant. On semble rejeter les soins palliatifs, comme s'ils ne suffisaient pas. J'aimerais en savoir un peu plus sur votre expérience dans ce domaine.

Mme Moore: Le monde est moins sensible au caractère sacré de la vie. Ce qui nous scandalisait jadis ne nous dérange plus aujourd'hui. C'est un phénomène progressif. Nous acceptons le meurtre d'enfants innocents qui ne sont pas encore nés, et cette mentalité se transpose aux enfants qui sont handicapés et, dans la philosophie utilitaire, à ceux qui ne nous sont plus d'aucune utilité; à savoir, les personnes âgées et les malades.

Le droit à la vie est le plus fondamental des droits de la personne. Il l'emporte sur tous les autres. Si vous faites des exceptions, ce n'est qu'une question de temps avant que l'on devienne plus désensibilisé. Les obstacles au meurtre sont supprimés, et on apprend à tolérer d'autres actes de ce genre. Je ne suis pas étonnée de voir que nous en soyons arrivés là; ce que je trouve bizarre, c'est que nous abordions la question. La vie étant si précieuse, on penserait qu'on ferait tout en notre pouvoir pour

[Texte]

this in such a way that we would do all we can to give them comfort and love, and help them to find meaning in the distress that they are experiencing.

Senator Perrault: Some good work is being done by you and your associates. My question is: What organization do you belong to?

Ms Moore: I work at St. Paul's Hospital in pastoral care under the Sisters of Providence. Part of their mission statement is to respect life from conception to natural death. Part of their mission is not only in the palliative care unit, but that throughout the whole hospital every patient receives emotional and spiritual comfort and care to help them find meaning in their suffering.

Senator Perrault: How many people in that ward work in the hospital?

Ms Moore: We have about seven on staff, but we also have maybe 50 to 100 volunteers from various denominations.

Senator Perrault: From various churches in the Lower Mainland?

Ms Moore: Yes.

Senator Perrault: That is very good. Mother Teresa has a team in there as well, does she not?

Ms Moore: Yes. They visit the people with AIDS, as well.

Senator Perrault: How many are working for that order?

Ms Moore: There are four sisters. They get a lot of requests. The patients love them. Their visits are frequently requested because they bring such joy, and joy is a net of love by which souls are caught. Patients ask: "I am not Catholic, but can I have a visit from one of those sisters?" They help them to feel their own worth. Many of them are announcing that they are homosexual, and all sorts of other things, and often their families do not even know. Hence, there are all sorts of stresses that they might be facing, as well as their own terminal illness.

Senator Perrault: Are there plans to expand the work and recruit other volunteers?

Ms Moore: Yes. We are continuing to expand.

Senator Perrault: It is heartening to hear that.

Senator Lavoie-Roux: I should like to tell Senator Corbin that it is true that most of the AIDS patients have not responded to palliative care. However, I know a place in Quebec City where there are only AIDS patients, and they are given assistance for their needs. Committing suicide is not the only way to help. It can also be the normal "end of life", or termination of life. They have not taken away everything concerning palliative care.

Why is it that there are less people who have been brought up with faith and the notion of God? God is so far away that he can't approach these people too. There are people who have never heard of God, except as some vague person somewhere — not even a person, but a spirit.

[Translation]

aider et aimer ceux qui demandent à mourir, qu'on les aiderait dans leur détresse à donner un sens nouveau à la vie.

Le sénateur Perrault: Vous et vos associés faites de l'excellent travail. Vous êtes membre de quel organisme?

Mme Moore: Je travaille à l'hôpital St. Paul's, dans le service de pastorale, sous la direction des Soeurs de la Providence. Leur énoncé de mission préconise, en partie, le respect de la vie depuis la conception jusqu'à la mort naturelle. Elles se chargent de dispenser non seulement des soins palliatifs, mais également de fournir à tous les patients de l'hôpital un appui sur le plan émotif et spirituel, de les aider à donner un sens nouveau sens à leur vie dans leur souffrance.

Le sénateur Perrault: Combien d'employés compte l'unité de l'hôpital?

Mme Moore: Nous avons une équipe de sept employés, et entre 50 et 100 bénévoles provenant de diverses confessions.

Le sénateur Perrault: De diverses églises?

Mme Moore: Oui.

Le sénateur Perrault: C'est très bien. Mère Teresa a également une équipe sur place, n'est-ce pas?

Mme Moore: Oui. Elle s'occupe également des sidéens.

Le sénateur Perrault: Combien de personnes font partie de cet ordre?

Mme Moore: Il y a quatre religieuses. Elles reçoivent beaucoup de demandes. Les patients les adorent. Ils demandent souvent à les voir parce qu'elles sèment la joie partout où elles vont; elles emplissent les coeurs d'amour. Les patients demandent: «Je ne suis pas Catholique, mais puis-je avoir la visite d'une de ces soeurs?» Elles les aident à se revaloriser. Bon nombre d'entre eux avouent leur homosexualité, et bien d'autres choses, et souvent leurs familles ne le savent même pas. Ils sont confrontés à divers autres problèmes, outre leur maladie terminale.

Le sénateur Perrault: Envisagez-vous d'élargir vos services et de recruter d'autres bénévoles?

Mme Moore: Oui, nous poursuivons nos efforts en ce sens.

Le sénateur Perrault: Je suis heureux de l'apprendre.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'aimerais dire au sénateur Corbin qu'il est vrai que la plupart des sidéens n'ont pas eu recours aux soins palliatifs. Toutefois, je connais un endroit à Québec où il n'y a que des sidéens, et ils reçoivent des soins qui visent à répondre à leurs besoins. Le suicide n'est pas la seule option. La mort naturelle est une autre solution.

Pourquoi y a-t-il de moins en moins de personnes qui sont élevées dans la foi, qui apprennent à connaître Dieu? Dieu peut aussi venir en aide à ces personnes. Il y a des gens qui n'ont jamais entendu parler de Dieu; tous ce qu'ils savent peut-être, c'est qu'il s'agit d'une personne quelconque, même pas d'une personne, mais d'un esprit.

[Text]

Ms Moore: That is true. A number of patients do not have a specific belief system in God, but there is still a hunger for something. They might not be able to name God, but they feel there is something or they have some belief system. One man who was dying with AIDS said to me that he did not want pastoral care. I said, "That is fine, but what do you think it is?" He said he thought that it was something about pushing religion. I said, "No. We talk about whatever you like to talk about." So he said, "I would like to ask you a question." I said, "What is it?" He said, "Have you ever met anyone who was afraid of dying?" I said, "Yes I have." He asked me, "Why are they afraid of dying?" I said, "In some cases, because they feel they have no hope." At that moment, he began to cry. He said, "I feel I have no hope. I do not have a belief in God." That was the first opening of himself to God, and he received a tremendous grace and died a peaceful death feeling that God had somehow communicated very simply that He loved him.

Even if someone does not have a specific name for it, they still hunger for something beyond. There is in each one of us that universal hunger when we feel unhappiness or misery and we feel that we are losing certain things; for instance, when we can no longer walk and, thus, believe that we are now dependent on others. At the same time, there is a hunger for another level of happiness. The time of dying is an opportunity to come to direct reconciliation with God, even if one does not have a specific belief.

Senator Lavoie-Roux: The man you were talking about was a certain age, probably. But when you think of the younger generation, they have less and less of a notion of God.

Ms Moore: This was a young man with AIDS that I was describing.

The Chairman: Thank you, Ms Moore. We will resume at 7:30 p.m.

The committee adjourned until 7:30 p.m.

The committee resumed at 7:30 p.m.

The Chairman: Our hearing this evening will begin with representatives from the British Columbia Civil Liberties Association.

Dr. John Westwood, Executive Director, British Columbia Civil Liberties Association: Good evening, honourable senators. I am here tonight on behalf of Dr. Andrew Wilkinson, who was, unfortunately, on short notice, unable to make it here this evening.

With me is Mr. Alister Browne, who is a board member of the British Columbia Civil Liberties Association. Mr. Browne is also an ethics instructor at Vancouver Community College, and is an ethicist with the Division of Biomedical Ethics at the University of British Columbia. Mr. Browne has also served on several ethics committees and is serving now on several hospital ethics committees, including Vancouver General Hospital, Children's Hospital and Burnaby General Hospital. He is on the Board of Directors of not only the Victorian Order of Nurses, but also the

[Traduction]

Mme Moore: C'est vrai. Plusieurs patients ne croient pas en Dieu, mais veulent croire en quelque chose. Ils savent qu'il y a quelque chose, ils ont un système de croyances, même si ce n'est pas Dieu. Un sidéen m'a dit qu'il ne voulait pas de service de pastorale. Je lui ai dit: «C'est très bien, mais savez-vous ce que c'est que le service de pastorale?» Il a dit qu'il pensait que cela avait quelque chose à voir avec la religion. J'ai dit: «Non. Nous parlons de ce qui vous intéresse.» Il a répondu, «J'aimerais vous poser une question.» J'ai dit, «Laquelle?» Il a répondu, «Avez-vous déjà rencontré quelqu'un qui avait peur de mourir?» Je lui ai répondu que oui. Il m'a demandé, «Pourquoi ont-ils peur de mourir?» J'ai dit, «Dans certains cas, parce qu'ils pensent que leur situation est désespérée.» À ce moment-là, il a commencé à pleurer. Il a dit, «Je n'ai plus rien à espérer. Je ne crois pas en Dieu.» C'est la première fois qu'il s'ouvrait à Dieu. Il a été touché par la grâce de Dieu et est mort dans la paix, convaincu que Dieu lui avait en quelque sorte fait comprendre qu'Il l'aimait.

Les gens croient en l'au-delà, même s'ils ne sont pas capables de l'expliquer en termes concrets. Nous ressentons tous cette faim universelle lorsque nous sommes tristes ou misérables et que nous croyons perdre certaines choses; par exemple, lorsque nous ne pouvons plus marcher et que nous pensons maintenant que nous dépendons des autres. Au même moment, nous espérons connaître un autre sentiment de joie. La mort est l'occasion de se réconcilier avec Dieu, même si nous ne croyons pas en Lui.

Le sénateur Lavoie-Roux: L'homme dont vous parlez avait sans doute un certain âge. Mais les jeunes adultes, eux, connaissent de moins en moins Dieu.

Mme Moore: Je parlais d'un jeune homme qui était atteint du sida.

La présidente: Merci, madame Moore. Nous reprendrons la séance à 19 h 30.

Le comité s'ajourne jusqu'à 19 h 30.

Le comité reprend ses travaux à 19 h 30.

La présidente: Nos premiers témoins, ce soir, seront les porte-parole de la *British Columbia Civil Liberties Association*.

M. John Westwood, directeur administratif, British Columbia Civil Liberties Association: Bonsoir, honorables sénateurs. Monsieur Wilkinson ne peut, en raison d'un empêchement de dernière minute, être des nôtres, ce soir. Je parlerai donc en son nom.

Je suis accompagné de M. Alister Browne, qui fait partie du conseil d'administration de notre association. Monsieur Browne est aussi chargé d'éthique au *Vancouver Community College* et éthicien à la division d'éthique biomédicale de l'Université de la Colombie-Britannique. Monsieur Browne a également été membre de comités d'éthique et il fait actuellement partie de plusieurs comités de bioéthique et d'hôpitaux, y compris au *Vancouver General Hospital*, au *Children's Hospital* et au *Burnaby General Hospital*. Enfin, il est administrateur non seulement des Infirmières

[Texte]

Centre for Excellence for HIV and AIDS at St. Paul's Hospital here in Vancouver.

We wish to thank the committee for giving us the opportunity to present an our oral submission. We have already submitted a somewhat lengthy written submission, to which the members of the committee can refer. We are very grateful for the opportunity to speak to you, and would be pleased to answer any questions you may have.

We will keep our oral presentation quite short, in order to leave adequate time for questions.

The B.C. Civil Liberties Association is the oldest and, we like to think, the most active civil liberties association in Canada. We have four fulltime staff and a very large board of directors who govern the intellectual direction and do much of the work of the B.C. Civil Liberties Association. We have more than 2,000 members and supporters across the province. We have been involved in the question of euthanasia and assisted suicide for some time now.

In the mid-1980s, Mr. Browne presented a fairly lengthy brief to the association on this issue. It was adopted as the official position of the association in 1986.

We appeared before the parliamentary committee that was studying Bill C-302. That was Bob Wenman's private member's bill on euthanasia. As well, we have just completed a 65-page options brief for the Department of Justice on active voluntary euthanasia and assisted suicide.

We come to this issue with two overriding beliefs. They are: the belief in protection of freedom for Canadians from unwarranted or unnecessary restriction on their activities by the state; and, a bedrock belief in democracy.

It is our belief that democracy can be made to work. That belief brings us here tonight and fuels our request to you — perhaps our plea to you — to act on bringing the law on euthanasia and assisted suicide in line with the ideals and freedoms that all Canadians share.

This issue will not go away. In our view, the status quo is clearly unacceptable. Citizens of Canada who, perhaps because of prolonged and debilitating illness, view their lives as not worth living and who cannot end their lives themselves are forced to go outside the law, and often outside the care of medical professionals and physicians, to end their lives with peace and dignity at a time of their choosing.

We all know that these practices go on. Unfortunately, a botched suicide attempt can result, further increasing the suffering of the most vulnerable members of our society. Since these attempts go on, are known to go on, and are not prosecuted, they tend to foster disrespect for the law.

Cases such as those described in Mr. Russel Ogden's masters thesis on AIDS and euthanasia will continue to come to light. More people such as Sue Rodriguez will come forward. The

[Translation]

res de l'Ordre de Victoria, mais également du centre de l'excellence du VIH et du sida de l'hôpital St. Paul's, ici à Vancouver.

Nous tenons à remercier le comité de nous avoir invités à témoigner. Nous avons déjà présenté un mémoire un peu long dont pourront se servir les membres du comité pour nous suivre. Nous vous sommes très reconnaissants de nous avoir donné l'occasion de prendre la parole et nous serons heureux de répondre à vos questions.

Notre exposé sera très bref. Nous pourrions ainsi avoir le temps de répondre à toutes vos questions.

La *B.C. Civil Liberties Association* est la plus vieille et, du moins aimons-nous le croire, la plus active association de droits civils du Canada. Elle compte quatre employés à temps plein et un très important conseil d'administration qui décident de ses principes et effectuent une grande partie du travail. L'association compte plus de 2 000 membres et supporters partout dans la province. Elle s'intéresse à l'euthanasie et au suicide assisté depuis quelque temps déjà.

Au milieu des années 80, M. Browne a présenté un mémoire assez long à l'association à ce sujet. L'association en a fait sa position officielle en 1986.

Nous avons comparu devant le comité parlementaire qui étudiait le projet de loi C-302, c'est-à-dire le projet de loi d'initiative parlementaire de Bob Wenman. De plus, nous venons tout juste de rédiger pour le ministère de la Justice un mémoire de 65 pages dans lequel sont étudiées les options en matière d'euthanasie volontaire active et de suicide assisté.

Notre position dans ce dossier repose sur deux grandes convictions: que la démocratie et la liberté d'action des Canadiens contre toute restriction imposée par l'État qui serait injustifiée ou inutile valent d'être défendues.

Nous croyons qu'il y a moyen de vivre en démocratie. Cette conviction explique notre présence, ici, ce soir et nous porte à vous demander, voire à vous supplier, d'agir pour que le droit en matière d'euthanasie et de suicide assisté coïncide avec les idéaux et les libertés chers à tous les Canadiens.

La question ne se règlera pas avec le temps. À notre avis, le statu quo est manifestement inacceptable. Les Canadiens qui, peut-être en raison d'une maladie prolongée et débilitante, décident que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, mais qui ne peuvent mettre fin à leurs jours eux-mêmes sont obligés d'enfreindre la loi et, souvent, de se détourner des médecins et des professionnels de la santé pour mourir dans la paix et dans la dignité au moment de leur choix.

Nous savons tous que cela se fait. Malheureusement, il arrive que ces membres les plus vulnérables de notre société ratent leur tentative, ce qui accroît leur souffrance. Par ailleurs, comme ces tentatives ont lieu, que nous en sommes conscients, mais que nous ne poursuivons pas leurs auteurs, elles ont tendance à encourager le manque de respect des lois.

Des cas comme ceux que décrit M. Russel Ogden, dans sa thèse de maîtrise sur le sida et l'euthanasie, continueront de faire surface. D'autres personnes comme Sue Rodriguez alimenteront le

[Text]

suffering and courage of these people has imposed on the government a duty to act. We believe that nothing less than a strong, positive response to their courage and suffering would be adequate.

Mr. Browne will shortly outline for you what we believe to be the presumption in favour of a provision making legal space for active voluntary euthanasia and assisted suicide. However, before he does so, I wish to talk about the nature of a positive response by government — if government agrees with the position of the Civil Liberties Association and a large number of other Canadians — that legal space and provision should be made for those practices.

As we see it, there are three options open to government. First, to provide for prosecutorial discretion in the enforcement of the current Criminal Code; second, to create a special set of defences to criminal prosecutions; and, third, to design a regulatory scheme which would create prior authorization for the practices of assisted suicide and active voluntary euthanasia.

With respect to prosecutorial discretion, we do not believe that this is a satisfactory option. We believe that allowing attorneys-general in the various provinces to ignore the plain language of the Criminal Code would again foster disrespect for the law. In fact, we think it would be very difficult for them to do so, given the *Rodriguez* decision.

Further, this option would result in different and uneven access from province to province and from time to time, depending on the social and political pressures in the province. It would be impossible to prevent abuses and document trends, according to those people who object to making legal provision for active voluntary euthanasia and assisted suicide.

Those most qualified to offer assistance would shy away from offering such assistance, thereby creating greater suffering. They would feel uncomfortable not knowing whether or not they would be prosecuted for assisting an individual to end his or her life at a time of his or her choosing.

Finally, we believe that giving this kind of discretion to the provincial attorneys-general would undermine Parliament's jurisdiction over criminal matters. We believe this is something Parliament should act on.

If not the option of prosecutorial discretion, then another option might be the creation of defences to a criminal prosecution. There are two possibilities here. The first would be to amend the Criminal Code to provide for mitigating penalties where the acts of assisted suicide and active voluntary euthanasia are done for a particular motive. Such an amendment would concede that these practices are wrong as a matter of law; however, given the motive, they would be penalized or punished less harshly than would otherwise be the case.

Our association rejects that option because we do not concede that those practices are wrong as a matter of law.

[Traduction]

débat. La souffrance et le courage de ces personnes ont obligé le gouvernement à agir. La seule réaction valable sera de prendre des mesures fortes et favorables.

Monsieur Browne vous décrira, tout à l'heure, ce que nous estimons être les arguments en faveur d'une disposition légalisant l'euthanasie volontaire active et le suicide assisté. Toutefois, avant de lui céder la parole, j'aimerais vous entretenir de la façon dont le gouvernement (si le gouvernement se range à l'avis de l'association des droits civils et d'un grand nombre d'autres Canadiens) pourrait légaliser ces pratiques.

À notre avis, le gouvernement a trois choix. Tout d'abord, il peut assortir les mesures d'exécution de l'actuel Code criminel d'un pouvoir discrétionnaire; ensuite, il peut prévoir un train spécial de motifs pouvant être invoqués par la défense lors de poursuites pénales; et, enfin, il peut concevoir un régime de réglementation qui autoriserait au préalable les pratiques de suicide assisté et d'euthanasie volontaire active.

Nous rejetons le premier choix, qui nous semble insatisfaisant. En permettant au procureur général des diverses provinces d'ignorer le libellé du Code criminel, il encouragerait, lui aussi, le manque de respect de la loi. En fait, les procureurs généraux auraient beaucoup de difficultés à le faire, étant donné l'arrêt *Rodriguez*.

De plus, cette option pourrait aboutir à une application inégale et différente d'une province à l'autre et d'une époque à l'autre, selon les tendances sociales et politiques de l'heure. Il serait impossible d'empêcher les abus et de documenter les tendances, selon ceux qui s'opposent à la légalisation de l'euthanasie volontaire active et du suicide assisté.

Ceux-là même qui sont les plus qualifiés pour offrir de l'aide hésiteraient à le faire, ce qui accroîtrait la souffrance des malades, ne sachant pas s'ils seront poursuivis pour avoir aidé une personne à mettre fin à ses jours au moment de son choix.

Enfin, le fait de donner ce genre de pouvoir discrétionnaire à un procureur général provincial minerait la compétence du Parlement en matière pénale. Nous croyons qu'il appartient au Parlement de se prononcer sur cette question.

Si le premier choix est rejeté, on pourrait toujours prévoir des motifs pouvant être invoqués pour sa défense, dans une poursuite au pénal. Nous voyons deux possibilités, ici. On pourrait, tout d'abord, modifier le Code criminel pour prévoir des peines réduites lorsque le suicide assisté ou l'euthanasie volontaire active a répondu à un motif particulier. En agissant ainsi, on reconnaîtrait que ces pratiques sont illégales; cependant, étant donné la raison qui les a motivé, elles seraient punies moins sévèrement.

Notre association rejette également cette option, car elle refuse d'admettre que ces pratiques représentent un tort aux yeux de la loi.

[Texte]

A second suboption in the creation of defences would be the provision of an absolute defence for assisted suicide and active voluntary euthanasia when certain criteria have been met. The problem with this solution is that it would authorize the provision of aid in dying only after the fact. As a result, we think it would offer insufficient comfort for physicians to come forward and offer services that we believe ought to be available to all Canadians.

This suboption would require Parliament to set out *de facto* the provisions which must be set out anyway in any regulatory scheme. We believe that setting out a regulatory scheme, amending the Criminal Code to specifically provide for the conditions under which each of these practices and services can be offered by physicians, is the way Parliament should go.

Many Canadians have raised objections to these practices; however, it is not the intention of our association to treat these objections as trivial, silly or not serious. We think they should function to inform and shape the kind of response Parliament would bring in creating a regulatory scheme, so as to maximize the protection against abuses and mistakes.

I wish to mention one objection, namely, the sanctity of life. On the one hand, as far as any notion of the absolute sanctity of life is concerned, we in Canada simply do not believe in it. We allow for the taking of life in certain circumstances, such as self-defence or in time of war. The issue is not one of the absolute sanctity of life. The issue is this: Under what conditions is life to be protected, and under what conditions is life to be regarded as sacrosanct and protected by the Criminal Code and the law of the land?

Various groups and individuals in our society have particular and differing moral views on how far the sanctity of life should go and where to draw the line between when life needs to be protected and when provision should be allowed for it to be taken. We do not believe that those views, merely because they are the moral views of a particular group or a particular subset of Canadians, should become the law of the land. A distinction must be made between laws that apply to all Canadians and those that apply to the moral views of a subset of Canadians who have particular views on the sanctity of life.

Those are my comments. I will now turn to Mr. Browne, who will outline the argument our association has made for creating legal space for active voluntary euthanasia and assisted suicide. Afterward, we would be very happy to answer any questions from members of the committee.

Dr. Alister Browne, Board Member, British Columbia Civil Liberties Association: Mr. Westwood has laid our cards on the table, inasmuch as you now know what we are arguing for – the legalization of assisted suicide and active voluntary euthanasia. What is left for me to do is to give you the arguments by which we arrived at that particular conclusion.

We have submitted a full argumentative submission as to what our position is. I should like to pick out a few major points in that submission and add one fresh point.

[Translation]

L'autre possibilité serait de prévoir une défense absolue en cas de suicide assisté ou d'euthanasie volontaire active lorsque certains critères sont respectés. Malheureusement, cette solution viendrait à autoriser une aide au mourant uniquement après coup. Elle ne réussirait donc pas à rassurer suffisamment les médecins pour les convaincre d'offrir un service auquel, selon nous, tous les Canadiens devraient avoir droit.

Cette solution exigerait que le Parlement prenne de fait des mesures qui devront, de toute façon, être prévues dans une réglementation. Le Parlement devrait opter, selon nous, pour une réglementation qui modifie le Code criminel afin de prévoir expressément les conditions dans lesquelles les médecins peuvent avoir recours à chacune de ces pratiques et offrir chacun de ces services.

De nombreux Canadiens s'opposent à ces pratiques; toutefois, nous n'avons pas l'intention d'agir comme si ces objections étaient triviales, ridicules ou risibles. À notre avis, elles devraient servir de guide et de base au genre de mesures que pourrait prendre le Parlement pour réglementer, de manière à protéger le plus possible contre les abus et les erreurs.

J'aimerais m'arrêter à une objection en particulier, soit au caractère sacré de la vie. D'une part, nous, les Canadiens, ne croyons tout simplement pas que la vie a un caractère absolument sacré. Ainsi, nous permettons la mise à mort dans certaines circonstances, par exemple pour nous défendre ou en temps de guerre. La vie n'est donc pas sacro-sainte. Il est plutôt question, ici, de décider dans quelles circonstances la vie doit être protégée, considérée comme sacro-sainte et protégée par le Code criminel et les lois du pays.

Divers groupes et particuliers de notre société ont des vues morales différentes et particulières sur le caractère sacré de la vie et sur les moments où il faut protéger la vie et autoriser la mise à mort. Nous ne croyons pas que ces vues, simplement parce qu'elles sont les vues morales d'un groupe particulier ou d'un sous-ensemble particulier de Canadiens, devraient constituer la loi du pays. Il faut faire une distinction entre les lois qui s'appliquent à tous les Canadiens et celles qui s'appliquent à la moralité d'un sous-ensemble de Canadiens aux vues particulières en ce qui concerne le caractère sacré de la vie.

C'est tout ce que j'avais à dire. Je cède maintenant la parole à M. Browne, qui vous expliquera comment notre association justifie la légalisation de l'euthanasie volontaire active et du suicide assisté. Quand M. Browne aura terminé, nous serons très heureux de répondre aux questions du comité.

M. Alister Browne, administrateur, British Columbia Civil Liberties Association: Monsieur Westwood a tout dit, en ce sens que vous connaissez maintenant notre position: Nous prônons la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active. Tout ce que nous pouvons faire maintenant, c'est de vous donner les arguments qui justifient cette conclusion particulière.

Nous avons présenté un mémoire qui fait l'argumentation complète de la question. Je me bornerai donc à faire valoir quelques-uns des principaux points et à en ajouter un nouveau.

[Text]

Is it appropriate for me to ask if our full submission can be placed into the transcript of these proceedings?

The Chairman: We have had a similar request. It is an excellent brief.

Mr. Browne: I am not pushing for such an inclusion. However, we would be very grateful if our submission could be added to the transcript.

The Chairman: With respect to a brief such as yours, it might be worthwhile to append it to the transcript.

Senator Lavoie-Roux: If we could do this with all the briefs.

Senator Beaudoin: If we do it for every witness, I have no objection.

Senator Corbin: We must be careful with that.

Senator Perrault: We cannot go cherry-picking.

Senator Lavoie-Roux: We would have to evaluate which is a better brief.

Senator Perrault: We should be fair.

Senator Beaudoin: You are right.

Senator Corbin: We will make the decision later.

Senator Lavoie-Roux: I have no objection.

Senator Perrault: Well, let us hear the witness first.

The Chairman: Some witnesses have already read their complete briefs into the record, so their submission would be recorded in any case. I think we should accept these.

I think the decision will probably be made in the affirmative, Mr. Browne.

Senator Corbin: Will you print the speech that I wrote but did not utter? There is the principle involved. At any rate, let us reserve the decision for later.

Mr. Browne: Thank you very much for your consideration of that matter, however it resolves itself.

I should like to begin with something on which we can all agree. We will become embroiled in controversy soon enough on this topic, so it is nice to begin with some point of agreement.

Everyone must admit that there is a powerful argument for legalizing assisted suicide and active voluntary euthanasia. There are many arguments for legalization, but the one which strikes us as being the most powerful, clear and direct goes as follows: We have a right to minimize our suffering; we have a right to preserve our dignity. Sometimes we can only do those things by dying, and sometimes we need help to die. Therefore, we should have a right to assisted suicide. If we are too weak to swallow a pill or inject ourselves, we should have a right to authorize someone to help us in this regard, which is active voluntary euthanasia.

[Traduction]

Serait-il déplacé de ma part de demander si notre mémoire complet peut figurer dans le compte rendu des délibérations?

La présidente: Nous avons déjà reçu une autre requête de ce genre. Votre mémoire est excellent.

M. Browne: Ce n'est pas que j'y tiens à tout prix, mais nous vous en serions très reconnaissants.

La présidente: Quand on reçoit un mémoire de cette qualité, il pourrait être utile de l'annexer.

Le sénateur Lavoie-Roux: Si seulement nous pouvions le faire pour tous les mémoires.

Le sénateur Beaudoin: Si nous le faisons pour tous les témoins, je n'y vois pas d'empêchement.

Le sénateur Corbin: Il faut prendre garde.

Le sénateur Perrault: Il ne faudrait pas commencer à faire des exceptions.

Le sénateur Lavoie-Roux: Il nous faudrait décider quels sont les meilleurs mémoires.

Le sénateur Perrault: Il nous faudrait être juste.

Le sénateur Beaudoin: Vous avez raison.

Le sénateur Corbin: Nous en déciderons plus tard.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je n'y suis pas opposée.

Le sénateur Perrault: Pour l'instant, commençons par entendre le témoin.

La présidente: Certains témoins ont déjà lu tout leur mémoire à la barre. Celui-ci figurera donc de toute façon dans le compte rendu. Je crois que nous devrions acquiescer à cette requête.

La décision sera probablement favorable, monsieur Browne.

Le sénateur Corbin: Imprimerez-vous le discours que j'ai rédigé, mais que je n'ai pas lu? Il y a un principe en jeu, ici. Quoi qu'il en soit, nous en déciderons plus tard.

M. Browne: Je vous remercie beaucoup d'en tenir compte, quelle que soit la réponse.

J'aimerais commencer par un point au sujet duquel nous pouvons tous nous mettre d'accord. La controverse viendra bien assez tôt. Il serait bon de commencer par un point qui fait l'unanimité.

Nous devons tous reconnaître qu'il existe un puissant argument en faveur de la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active. Il en existe beaucoup, mais le plus puissant, le plus évident et le plus direct, c'est que nous avons le droit de réduire au minimum notre souffrance, que nous avons le droit de conserver notre dignité. Parfois, la seule façon d'y parvenir, c'est de mourir et, parfois aussi, nous avons besoin d'aide pour mourir. Par conséquent, nous devrions avoir le droit d'avoir recours au suicide assisté. Si nous sommes trop faibles pour avaler une pilule ou pour nous injecter une substance, nous devrions avoir le droit d'autoriser quelqu'un à nous aider, ce qui revient à de l'euthanasie volontaire active.

[Texte]

That is the clearest and most direct argument I know of in favour of legalizing assisted suicide and active voluntary euthanasia. No one thinks that that argument is a decisive argument in itself. No one can counter this argument by saying: "I have heard the argument now, which closes the question of legalization."

Everyone, so far as I know, accepts this argument as a *prima facie* or presumptive case in favour of legalization. Even the Canadian Law Reform Commission — which in 1982 was hostile towards legalizing those practices — accepted this argument as making out a *prima facie* case. They argued that while there was a case for, there was an even stronger case against, which cancels this case. I think that logic is correct. Anyone who knows anything about the issue says that there is a powerful case for and a powerful case against, and if any one of the objections facing legalization is good, then you wave goodbye to this case.

On the other hand, if all of those objections can be satisfactorily answered, if none of them withstands scrutiny, then this case stands in sole possession of the field in that legalization should take place.

The whole issue comes down to whether any of the objections to legalization are valid. Therefore, I should like to spend the rest of the time available to me talking about the objections.

I wish to speak about three objections in particular. The first is the objection that says that we should not legalize assisted suicide and active voluntary euthanasia because we can never get suitable voluntary and informed consent. It is only voluntary euthanasia that we hold a belief for; it is only voluntary suicide that we are keen to defend. If voluntary suicide is to take place, the person requesting it must be able to give voluntary and informed consent. The argument now is that because we cannot get such consent, we should not proceed with legalization.

Now, if the argument were that we could never get voluntary and informed consent, then I have a two-word refutation for you: Sue Rodriguez.

Sue Rodriguez was a woman who was at once not pressured by circumstance and beautifully informed about the facts. If she were not able to give voluntary and informed consent, then I doubt whether any of us would be able to give voluntary and informed consent for anything. If the argument then moves to the view that, rather than obtaining voluntary and informed consent, we seldom get it, that notion is just plain factually false. Many people find themselves in a position similar to Sue Rodriguez'.

That is the outline of the objection, but in order for this argument to have legs and be sensible, we must admit that those people who will be realistic candidates for assisted suicide and active voluntary euthanasia will not be at their best. They will be sick; they will be afraid. They will be in an alien environment, sometimes even a hostile environment. They will be in a hospital, and they will not be at their best to make rational judgments. They will be particularly vulnerable and susceptible to manipulation and stimulation.

[Translation]

C'est l'argument le plus clair et le plus direct que je connaisse en faveur de la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active. Nul ne considère cet argument comme étant décisif à lui seul. Par contre, après l'avoir entendu, nul ne peut répliquer que la question de la légalisation est réglée.

Que je sache, tout le monde accepte cet argument en tant que preuve *prima facies* ou preuve par inférence en faveur de la légalisation. Même la Commission de réforme du droit du Canada qui, en 1982, était hostile à la légalisation, a reconnu que cet argument représentait une cause valable en faveur de la légalisation. Elle a soutenu que, bien qu'il existe des arguments pour, il existait aussi des arguments encore plus forts contre qui annulent la première preuve. Ce raisonnement me paraît correct. Quiconque s'intéresse à la question reconnaît qu'il existe de bons arguments pour et contre et que si l'une des objections à la légalisation se tient, alors il faut y renoncer.

D'autre part, si l'on peut trouver réponse satisfaisante à toutes ces objections, si elles tombent toutes, il faut légaliser.

Toute la question gravite donc autour de la validité des arguments contre la légalisation. Par conséquent, j'aimerais consacrer le reste de mon témoignage aux objections.

Je m'arrêterai à trois objections en particulier. La première prône de ne pas légaliser le suicide assisté et l'euthanasie volontaire active parce que nous ne pouvons jamais obtenir un véritable consentement éclairé et libre. D'après ce raisonnement, il faut accepter uniquement l'euthanasie volontaire et n'être enclins à défendre que le suicide volontaire. S'il doit y avoir suicide volontaire, la personne qui le demande doit pouvoir donner un consentement libre et éclairé. Or, comme il est impossible d'obtenir un tel consentement, il faudrait renoncer à légaliser la pratique.

À cette affirmation, je répondrai par deux mots: Sue Rodriguez.

Mme Rodriguez était à la fois libre de contrainte et merveilleusement informée. Si elle n'a pu donner un consentement libre et éclairé, je doute alors qu'un d'entre nous puisse le faire pour quoi que ce soit. Si l'on soutient ensuite que, plutôt que d'obtenir un consentement libre et éclairé, nous l'obtenons rarement, les faits prouvent le contraire. De nombreuses personnes se retrouvent dans des circonstances analogues à celles de Sue Rodriguez.

Voilà en gros l'argument contre. Mais, pour qu'il se tienne et soit sensé, nous devons reconnaître que les candidats réalistes au suicide assisté et à l'euthanasie volontaire active ne seront pas en pleine forme. Ils seront malades et ils auront peur. Ils se trouveront dans un milieu étranger, quelquefois même hostile. Elles seront hospitalisées et elles ne seront pas particulièrement disposées à faire des jugements rationnels. Elles seront particulièrement vulnérables et susceptibles à la manipulation et à la stimulation.

[Text]

On the other hand, we must acknowledge that we go through an ordinary life making many enormously important decisions under all kinds of great pressures. It is demeaning to allow a person to do that, in our view, and then to prevent them from determining the time and the form of their death.

Let me be aggressive about this point: If Nancy B. could give a valid consent and die as a result of having a ventilator withdrawn, then we do not understand why Sue Rodriguez could not give a valid consent, have a lethal injection delivered, and die as a result of that injection.

We acknowledge that Nancy B. and Sue Rodriguez' cases are different: One case relates to the withholding or withdrawal of treatment; the other relates to the delivery of a lethal injection. If Nancy B.'s consent can be regarded as a valid consent, then why cannot Sue Rodriguez's consent be regarded as a valid consent? Therefore, the objection that we can never or seldom get suitably voluntary and informed consent is unacceptable.

The second objection I wish to deal with in more detail is the famous "slippery slope" objection, because I think it is more important. Looking at the history of euthanasia, if I had to pick out one argument which has been more influential than any other argument in keeping assisted suicide and active voluntary euthanasia illegal, it is the slippery slope argument.

The slippery slope argument is simplicity itself, inasmuch as it is argued that if we allow assisted suicide today, we will get to active voluntary euthanasia tomorrow. That will lead to active nonvoluntary euthanasia the day after, and the following day, we will be into active involuntary euthanasia. Since that is unacceptable, we should not start down this slippery slope, and assisted suicide should remain a criminal activity.

The first thing to notice about this argument is that it is a causal argument — "A" will cause "B". It is claimed that "this" will cause "that". A characteristic of causal arguments is that people must always have evidence. If a person is going to state that "A" will cause "B", that person must state the evidence for saying that "A" will cause "B". Since the slippery slope argument is a causal argument, what evidence is there for supposing that if we legalize voluntary consent, we will get involuntary consent in the end? I think that is a fair request.

The people who produce the argument have an answer to that question. In fact, there are a number of answers, but the answer attracting the most attention these days is the Netherlands experience.

The Netherlands, it is claimed, is a living laboratory in which the fears anticipated by the slippery slope argument have been realized. It is claimed that active nonvoluntary euthanasia is openly practised. Patients are afraid to go into nursing homes. Once they get into nursing homes, they are fearful when they see doctors coming down the hallway. Those are the allegations.

[Traduction]

Par contre, nous devons reconnaître que nous passons notre vie à prendre des décisions très importantes en présence de toutes sortes de contraintes. Il est avilissant, à notre avis, de permettre à une personne de décider par elle-même tout au long de sa vie, puis de l'empêcher de fixer elle-même le moment et la façon dont elle mourra.

Comprenez-moi bien: Si Nancy B. pouvait donner un consentement valable et mourir en ordonnant le retrait du respirateur, alors nous ne comprenons pas pourquoi le consentement de Sue Rodriguez n'aurait pas été valable, qu'elle n'aurait pu se faire donner une injection fatale et en mourir.

Nous admettons que les cas de Nancy B. et de Sue Rodriguez sont différents: Dans l'un, il était question d'interrompre ou de ne pas administrer un traitement alors que, dans l'autre, il fallait donner une injection mortelle. Si le consentement de Nancy B. peut être considéré comme valable, pourquoi celui de Sue Rodriguez le serait-il moins? Par conséquent, nous rejetons l'argument selon lequel on ne peut jamais ou rarement obtenir un véritable consentement libre et éclairé.

Le deuxième argument auquel je m'arrêterai plus longuement est celui de la «pente glissante» qui, à mon avis, est beaucoup plus important. Si l'on s'en reporte à l'histoire de l'euthanasie, s'il fallait pointer du doigt l'argument qui, plus que tout autre, a empêché la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active, c'est bien celui-ci.

Cet argument est la simplicité même, dans la mesure où l'on soutient que, si l'on autorise le suicide assisté aujourd'hui, on devra composer avec l'euthanasie volontaire active demain. Le surlendemain, ce sera l'euthanasie non volontaire active et, le jour suivant, l'euthanasie involontaire active. Comme cette dernière forme d'euthanasie est inacceptable, il ne faudrait pas emprunter cette «pente glissante», et le suicide assisté devrait demeurer une activité criminelle.

La première remarque à faire au sujet de cet argument, c'est qu'il est causal: «A» entraîne «B». Les arguments causals se caractérisent par le fait qu'il faut toujours avoir une preuve. Si l'on déclare que «A» cause «B», il faut aussi en faire la preuve. Comme l'argument de la «pente glissante» est causal, quelle preuve a-t-on qu'en légalisant le consentement libre, nous obtiendrons, à toutes fins utiles, un consentement forcé? Je crois qu'il est juste d'exiger qu'on en fasse la preuve.

Ceux qui avancent cet argument ont une réponse. En fait, il existe plusieurs réponses, mais celle qui retient le plus l'attention, ces jours-ci, est l'expérience vécue aux Pays-Bas.

Les Pays-Bas, prétend-on, sont un laboratoire vivant dans lequel se sont concrétisées les craintes au sujet de la «pente glissante». On prétend que l'on y pratique ouvertement l'euthanasie non volontaire active. Les malades ont peur d'aller en maison de soins infirmiers. Une fois qu'ils s'y trouvent, ils tremblent à la vue de médecins dans les couloirs. Voilà ce qu'on prétend.

[Texte]

The suggestion is that it was a mistake to legalize assisted death in the Netherlands and that we should not replicate that mistake here. I should like to evaluate that argument. You have heard submissions on this argument before. The Netherlands experience has been brought to you many times. I should like to talk about that experience in more detail.

It is very difficult to say what exactly is happening with the state of dying in the Netherlands. The most accurate figures we have come from the Rummelink report. The figures are probably not very accurate, but they are the best we have. The relevant figures from that report are the following. There are approximately 130,000 deaths per year in the Netherlands. Approximately 2,300, or 1.8 per cent of those deaths, are cases of active voluntary euthanasia; roughly 400, or 0.3 per cent, are cases of assisted suicide; approximately 1,000, or 0.8 per cent, are cases of active nonvoluntary euthanasia. With respect to the Netherlands experience, it is the latter figure of 0.8 per cent in which we are interested.

The Netherlands has legalized assisted suicide and active voluntary assisted suicide. There is now active nonvoluntary euthanasia in the Netherlands. A slippery slope has therefore occurred. That is unacceptable, and the slippery slope argument is based on the fact that we should not copy that unfortunate experience.

The examination I should like to present of this argument begins with the claim that I do not think the Netherlands experience demonstrates a slippery slope. You must prove causation in order to show a slippery slope. We cannot just point to a high incidence of active nonvoluntary euthanasia. You must show a connection between legalizing assisted death and the occurrence of the incidence of active nonvoluntary euthanasia.

You cannot show that connection simply by saying that prior to legalization there was a low incidence and after legalization there was a high incidence. As logicians say, that would be to commit the fallacy of *post hoc ergo propter hoc*; after this, therefore because this.

You cannot argue that I took Contac C and seven days later my cold went away; therefore, taking Contac C cured my cold. You cannot argue that growth in infants of teeth follows growth of hair; therefore, growth of hair causes growth of teeth. Similarly, you cannot argue that just because legalization was followed by an increase in the incidence of active nonvoluntary euthanasia, the former caused the second.

To show causation, you must argue for a counter factor. You must argue that if it had not been for legalizing assisted suicide and active voluntary euthanasia, then that high incidence of active nonvoluntary euthanasia would not have taken place. However, the Rummelink data simply does not indicate that. The Rummelink data is data which indicates only what is now happening. There is no pre-legalization data. Pre-legalization data would not show what has to be shown.

[Translation]

On laisse ainsi entendre que l'on a commis une erreur en légalisant la mort assistée aux Pays-Bas et que nous devrions éviter de la répéter. J'aimerais que nous soupesions cet argument. Vous avez déjà entendu des mémoires en ce sens. L'expérience vécue aux Pays-Bas vous a été signalée de nombreuses fois. J'aimerais en parler plus en détail.

Il est extrêmement difficile de discerner avec exactitude ce qui se passe aux Pays-Bas. Les données les plus exactes dont nous disposons sont tirées du rapport Rummelink. Elles ne sont probablement pas très exactes, mais ce sont les meilleures dont nous disposons. Les voici: 130 000 personnes environ meurent chaque année aux Pays-Bas. Approximativement 2 300 de ces décès, soit 1,8 p. 100, sont des cas d'euthanasie volontaire active; 400 à peu près, soit 0,3 p. 100, sont des suicides assistés; approximativement 1 000, ou 0,8 p. 100, sont des cas d'euthanasie non volontaire active. Dans le cas des Pays-Bas, c'est ce dernier chiffre de 0,8 p. 100 qui nous intéresse.

Les Pays-Bas ont légalisé le suicide assisté et le suicide assisté volontaire et actif. On pratique maintenant de l'euthanasie non volontaire active aux Pays-Bas. On est donc sur une pente glissante. C'est inacceptable; et le raisonnement de la pente glissante repose sur le fait que nous ne devrions pas reproduire ici cette malheureuse expérience.

J'aimerais commencer par dire que je ne crois pas que l'expérience des Pays-Bas illustre une pente dangereuse. Il faut en prouver la causalité. On a pu seulement faire ressortir une fréquence élevée d'euthanasie non volontaire active. Il faut aussi établir un lien entre la légalisation de la mort assistée et la fréquence de l'euthanasie non volontaire active.

On ne peut établir un tel lien simplement en affirmant qu'avant la légalisation, la fréquence de tels cas était faible et qu'après la légalisation, elle était élevée. Comme dirait tout spécialiste de la logique, on commettrait l'erreur qui consiste à prendre pour cause ce qui n'est qu'un antécédent dans le temps.

Ainsi, prenons l'exemple d'une personne enrhumée qui prend un décongestionnant et dont le rhume est guéri sept jours plus tard; on ne peut prétendre que la cure a été le décongestionnant. On ne peut pas dire que, chez les nouveaux-nés, la croissance des dents suit la croissance des cheveux et que, par conséquent, la croissance des cheveux cause la croissance des dents. De la même façon, ce n'est pas parce que la légalisation a été suivie d'un plus grand nombre de cas d'euthanasie non volontaire active que celle-là a été causée par celle-ci.

Pour établir le lien de causalité, il faut y opposer un autre facteur. Il faut prouver que, s'il n'y avait pas eu légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active, la fréquence d'euthanasie non volontaire active n'aurait pas été élevée. Cependant, les données Rummelink n'en font tout simplement pas état. Les données du rapport Rummelink sont des données faisant état de ce qui se passe actuellement. Il n'y a pas de données concernant la période qui a précédé la légalisation. Ces dernières n'établiraient pas ce qui doit être prouvé.

[Text]

My conclusion is that the Rummelink study and the figures for Holland — which are the best figures available — do not show causation, hence cannot show a slippery slope. If you cannot show a slippery slope, then the slippery slope argument dies at that point.

Second, we tend to assume that what is done in the Netherlands is wrong. Suppose that legalizing assisted death in Holland caused the incidence of active nonvoluntary euthanasia. The question then becomes: Is that unacceptable? It is crucial to the slippery slope argument to say, "Yes, that is unacceptable," but that is not the only response one can make.

One can make two other responses. The first response would be that it is regrettable, but acceptable. It is the price we pay for an otherwise beneficial policy. It is a price we accept regularly in other facets of life. We allow policemen to carry guns, and we know tragedies will occur as a result of this policy. We allow physicians to deliver anaesthetics, although we know that tragedies will occur as a result of this policy. We do not, as a result of those tragedies, say that policemen should not be allowed to carry guns. We do not, as a result of the unfortunate results of improperly administered anaesthetics, say that doctors should not administer anaesthetics.

My point is that one can look at the facts surrounding active nonvoluntary euthanasia and say that it is unacceptable. That is what the proponents of the slippery slope argument maintain. However, you need not take that line. Rather, you can say, "Well, this is regrettable, but all things considered, it is acceptable." We often accept hard consequences, if we regard them as an acceptable price to be paid.

To use the examples I mentioned previously, we allow policemen to carry guns, even though we know tragedies will occur; we allow physicians to use anaesthetics, even though tragedies result from that practice. We do not say, "You have had tragedies, therefore those activities should be prohibited."

Similarly, with respect to euthanasia, it can be said: "Of course, you will have some misuse and abuse." No one wants to minimize that possibility or take it lightly. However, we argue that that is an acceptable price to be paid for an otherwise beneficial policy.

The second response which the Dutch physicians have sometimes made — though not uniformly — is that the aforementioned consequences will be acceptable but not regrettable. The suggestion is that if you look at the occasions in which active nonvoluntary euthanasia has been used in the Netherlands, they roughly fall into two categories: severely imperiled newborns; and, severely debilitated elders. In fact, some elders who died by way of active nonvoluntary euthanasia were consulted,

[Traduction]

J'en conclus que l'étude Rummelink et les données relatives à la Hollande, qui sont les meilleures dont nous disposons, n'établissent pas de lien de causalité et ne prouvent donc pas qu'il y a pente glissante. Or, si l'on ne peut en prouver l'existence, c'est la fin de cet argument.

En deuxième lieu, nous avons tendance à supposer au départ que ce qui se fait aux Pays-Bas est mal. Supposons que la légalisation de la mort assistée en Hollande explique le phénomène de l'euthanasie non volontaire active. Il faut alors se demander: Est-ce inacceptable? Il est essentiel à l'argument de la pente glissante de répondre dans l'affirmative, mais ce n'est pas la seule réponse que l'on puisse faire.

On peut répondre de deux autres façons. D'une part, l'on pourrait dire que cette forme d'euthanasie est regrettable, mais acceptable. C'est le prix à payer pour une politique avantageuse en toutes autres choses. C'est un prix que nous acceptons régulièrement de payer pour d'autres avantages de la vie. Ainsi, nous autorisons les policiers à porter une arme. Pourtant, nous savons que cette politique entraînera des tragédies. Nous permettons aux médecins d'administrer de l'anesthésie, bien que nous sachions fort bien que cette anesthésie provoquera des décès. Lorsque les tragédies se produisent, nous ne réclamons pas qu'on enlève aux policiers leur arme. Nous ne demandons pas, après un décès causé par une anesthésie mal pratiquée, que les médecins cessent d'y avoir recours.

Le point que je veux faire ressortir, c'est que l'on peut examiner les faits qui entourent l'euthanasie non volontaire active et dire que celle-ci est inacceptable. C'est ce que les partisans de l'argument de la pente glissante veulent nous faire croire. Cependant, il existe d'autres raisonnements. On peut aussi dire que, même si elle est regrettable, tout bien considéré, elle est tout de même acceptable. Nous acceptons souvent les conséquences de certaines décisions, si nous les jugeons comme un prix acceptable à payer.

Pour en revenir aux exemples que j'ai mentionnés plus tôt, nous permettons aux policiers de porter des armes, même si nous savons qu'il y aura parfois des décès inutiles; nous permettons aux médecins d'administrer des anesthésiants, même si nous savons que certaines personnes en mourront. Nous ne disons pas qu'en raison des tragédies, il faut interdire ces activités.

De la même façon, en ce qui concerne l'euthanasie, on peut dire que, bien sûr, il y aura certains abus et certaines erreurs. Nous sommes loin de vouloir minimiser cette possibilité ou de la prendre à la légère. Cependant, nous prétendons qu'il s'agit-là d'un prix acceptable à payer pour une politique qui en toutes autres choses est avantageuse.

La deuxième réponse que les médecins hollandais ont parfois faite (bien qu'ils ne l'aient pas fait uniformément), c'est que les conséquences précitées seront acceptables, mais non pas regrettables. On laisse entendre que, si l'on examine la question, l'on se rendra compte que l'euthanasie non volontaire active a été pratiquée aux Pays-Bas dans deux cas: lorsque la vie de nouveaux-nés est gravement compromise et lorsque les personnes âgées souffrent d'une maladie débilitante grave. En fait, certaines

[Texte]

but the rigorous consent requirements required by Dutch law were not satisfied.

Dutch physicians have occasionally argued that they have difficult choices to make. They are: whether to preserve life aggressively, let nature take its course, or engage in active nonvoluntary euthanasia. Of those three alternatives, active nonvoluntary euthanasia will sometimes be the most humane for everyone concerned.

The third point I wish to make about the Dutch experience presupposes that I am wrong about the first two points, so we will grant that the slippery slope has taken place in Holland. We will then grant that that degree or incidence of active nonvoluntary euthanasia is unacceptable. The next question that must be asked is this: Is that consequence inevitable?

There are two ways to raise questions about the inevitability of that consequence. The first is to say that the way in which the Dutch have legalized assisted suicide and active voluntary euthanasia need not be the way to do it in Canada. We could have stiffer penalties and more stringent safeguards. We could institute some kind of hotline.

The second point which arises from the literature is that you cannot extrapolate from one culture to another. The Dutch have their own culture, traditions and religion, and it is not obvious, given the same conditions of legalization, that what has happened there would happen here. In my view, the Netherlands experience does not demonstrate that unacceptable consequences will inevitably follow from legalization of assisted suicide and active voluntary euthanasia.

That, however, does not conclude the slippery slope argument. It is a very resilient argument with many versions. I have talked about one version, and will now talk about another. Time will not permit me to discuss all of them.

The version I wish to focus upon admits that there is no firm evidence for a slippery slope, but goes on to say that we must admit, at least, that the possibility of a slippery slope exists, and asks if we really want to take the chance.

Dr. David Roy came to UBC a number of years ago. He is opposed to legalizing euthanasia on the basis of the slippery slope argument. He does not think there is any evidence for a slippery slope, but he thinks it is possible, and thus not worth the chance.

That is a bad argument, because it presupposes that things are just fine and acceptable now. We can attempt to make them a bit better by way of legalizing assisted suicide and active voluntary euthanasia, but we may make them very much worse. Therefore, we should not legalize those practices.

The faulty aspect of this argument is the presupposition that things are just fine now". I do not think that things are just fine now. There are the Sue Rodriguezes of the world, people whose suffering is unmitigated and whose autonomy is being violated. We know we can make things better for them by legalization. We

[Translation]

personnes âgées mortes d'euthanasie non volontaire active ont été consultées, mais les exigences rigoureuses relatives au consentement prévues dans la loi de Hollande n'ont pas été satisfaites.

Les médecins hollandais ont à l'occasion soutenu qu'ils avaient des choix difficiles à faire: prendre tous les moyens possibles pour prolonger la vie, laisser la nature suivre son cours ou avoir recours à l'euthanasie non volontaire active. De ces trois choix, l'euthanasie non volontaire active sera parfois la solution la plus humaine pour tous les intéressés.

Le troisième point que j'aimerais faire valoir au sujet de l'expérience hollandaise suppose au préalable que j'ai tort en ce qui concerne les deux premiers. Supposons donc que la Hollande se trouve effectivement sur une pente glissante. Nous concédons alors que la fréquence d'euthanasie non volontaire active est inacceptable. La question suivante à se poser, c'est: Cette conséquence est-elle inévitable?

On peut y répondre de deux façons. D'une part, on peut dire que la façon dont les Hollandais s'y sont pris pour légaliser le suicide assisté et l'euthanasie volontaire active n'est pas forcément la bonne pour le Canada. Nous pourrions prévoir des sanctions plus rigoureuses et une meilleure protection. Nous pourrions instituer une ligne d'entraide téléphonique.

D'autre part, la documentation nous montre qu'on ne peut extrapoler d'une culture à l'autre. Les Hollandais ont une culture, des traditions et une religion qui leur sont propres, et rien ne prouve que la légalisation, au Canada, aurait les mêmes effets qu'elle a eu là-bas. À mon avis, l'expérience des Pays-Bas ne prouve pas que la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active entraînera inévitablement des conséquences inacceptables.

L'argument de la pente glissante n'est pas enterré pour autant. Il est très convaincant et il en existe différentes versions. J'en ai mentionné une, passons maintenant à une autre. Je n'aurai pas le temps, par contre, de toutes les passer en revue.

D'après la version à laquelle je souhaite m'arrêter, l'on reconnaît que rien n'établit hors de tout doute l'existence d'une pente glissante, mais qu'il faut au moins en admettre la possibilité et se demander si l'on veut vraiment courir le risque.

Monsieur David Roy a pris la parole à l'Université de la Colombie-Britannique, il y a quelques années. Il est opposé à la légalisation de l'euthanasie parce qu'à son avis, elle représenterait une pente glissante. Rien n'en prouve l'existence, mais celle-ci demeure possible et, par conséquent, il ne faut pas courir de risque.

L'argument ne tient pas, car il suppose au préalable que tout est beau et rose en ce moment. Nous pouvons chercher à améliorer la situation un peu en légalisant le suicide assisté et l'euthanasie volontaire active, mais nous pourrions aussi la rendre bien pire. Par conséquent, il ne faudrait pas légaliser ces pratiques.

Le hic, c'est que l'on suppose que «tout baigne dans l'huile». Pour ma part, je n'y souscris pas. Songeons aux Sue Rodriguez de ce monde, dont la souffrance n'est pas atténuée et dont le droit à l'autonomie n'est pas respecté. Nous savons que nous pouvons améliorer leur sort en légalisant ces pratiques. Rien ne permet de

[Text]

have no evidence to suppose that things will be made worse for them by legalization, and if we describe the situation in that way, which I suggest is the accurate way of describing it, then it does not appear to be a bad legislative gamble.

I have one more objection to raise. It relates to a special concern within the medical community. It is sometimes argued that we should not legalize assisted suicide and active voluntary euthanasia because they are incompatible with the art and science of medicine. Doctors should not be asked to become killers. That is not a role they should be asked to undertake. A number of grounds for this argument have been provided, but the most interesting one is that legalizing assisted suicide and active voluntary euthanasia will erode the trust between physicians and their patients.

The reply to this argument is that "not" legalizing assisted suicide and active voluntary euthanasia will erode the trust between patients and their doctors. The suggestion is that terminal care is a part of total care, and assisted death is a part of terminal care. If physicians say to their patients, "I will help you 'this' much in your sickness and in your dying, but no further," that hurts the doctor-patient relationship.

At the end of life, I want my physician to keep me pain-free, to respect and preserve my dignity as much as possible, and to keep me in control. If assisted death is not legalized, the physician will simply not be able to do that, and mistrust will be brought into the physician-patient relationship.

There are a number of other arguments against legalizing assisted suicide and active voluntary euthanasia. To name a few, they are the possibility of new cures or a misdiagnosis, and the potential pressure of families to have their loved ones subject themselves to assisted suicide and active voluntary euthanasia when they are not really ready to do so. My view is that these possibilities deserve careful consideration. However, in the end, I do not think that they fare any better, for what is characteristic of all those arguments is that they apply with equal force to the withdrawal and withholding of treatment. We allow refusal of treatment, and if those arguments are not sufficient to make refusal of treatment illegal, we do not see why they should be sufficient to keep assisted suicide and active voluntary euthanasia illegal.

That brings us to the end of the arguments.

Hence, we have the presumptive argument in favour; we have three arguments in opposition. We have the conjecture that no other argument fares any better. There is no good case against, and that is how we come to our proposal.

Senator Beaudoin: Those who came before us were talking about palliative care, with euthanasia in 5 per cent of the cases, perhaps. Some people suggest that we may reach our goal with palliative care. Of course, the report of the House of Lords is quite different from the situation in Holland. There are those who say palliative care is not good enough and in some cases does not work. Therefore, we must accept euthanasia in some cases.

[Traduction]

croire que leur sort empirera si l'on légalise les pratiques. Si nous décrivons la situation en ces termes (à mon avis, une description exacte), alors le jeu me semble en valoir la chandelle.

Je m'oppose à cet argument pour une autre raison. Il s'agit des préoccupations propres au milieu médical. On prétend quelquefois que nous ne devrions pas légaliser le suicide assisté et l'euthanasie volontaire active parce qu'ils sont incompatibles avec la pratique de la médecine. On ne devrait pas demander à des médecins de se transformer en tueurs. Ce n'est pas là un rôle qu'ils devraient être priés de jouer. On a invoqué plusieurs motifs pour justifier cet argument, mais le plus intéressant est celui selon lequel la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie volontaire active minera le lien de confiance entre le médecin et son patient.

À cela, je réponds qu'au contraire, en ne légalisant pas le suicide assisté et l'euthanasie volontaire active, on sape le lien de confiance entre le patient et son médecin. Les soins palliatifs font partie de la médecine, et la mort assistée fait partie des soins palliatifs. Si un médecin dit à son patient qu'il l'aidera jusqu'à tel stade de sa maladie et de son agonie, mais qu'il n'ira pas plus loin, il détruit sa relation de confiance avec le patient.

À l'approche de la mort, je veux que mon médecin fasse en sorte que je n'éprouve pas de douleur, qu'il respecte et qu'il préserve le plus possible ma dignité et qu'il me laisse décider. Si la mort assistée n'est pas légalisée, le médecin ne pourra tout simplement pas le faire, et je me méfierai de lui.

Il existe certains autres arguments contre la légalisation de ces pratiques, entre autres, la possibilité de nouveaux traitements ou de diagnostics erronés et les éventuelles pressions exercées par les proches pour convaincre l'être aimé d'avoir recours au suicide assisté ou à l'euthanasie volontaire active lorsqu'il n'est pas vraiment prêt à le faire. Ces arguments méritent, à mon avis, une étude attentive. Toutefois, en fin de compte, je ne crois pas qu'ils y résistent mieux que les autres, car ils ont tous ceci en commun qu'ils s'appliquent tout aussi bien à l'interruption et à la non-administration de traitement. Nous permettons à la personne de refuser un traitement. Si ces arguments ne suffisent pas pour rendre illégal le refus de traitement, nous ne voyons pas pourquoi ils devraient suffire pour maintenir dans l'illégalité le suicide assisté et l'euthanasie volontaire active.

Passons en revue les arguments.

Il existe donc une preuve par inférence en faveur de la légalisation; il existe aussi trois arguments contre. Il y a la supposition qu'aucun argument n'est plus probant qu'un autre. Il n'existe pas de véritable preuve contre la légalisation, ce qui nous amène à notre proposition.

Le sénateur Beaudoin: Les témoins que nous avons entendus parlaient de soins palliatifs, le recours à l'euthanasie représentant peut-être 5 p. 100 des cas. D'après certains, nous parviendrons peut-être à nos fins en nous en tenant aux soins palliatifs. Bien sûr, le rapport de la Chambre des lords décrit une situation fort différente de celle de la Hollande. D'aucuns prétendent que les soins palliatifs ne suffisent pas et, parfois, ne sont pas efficaces. Par conséquent, nous devons parfois accepter l'euthanasie.

[Texte]

If I follow your philosophy, you say that the sanctity of life is not absolute. You say that quality of life is very important. This being said, if a person may commit suicide, why not assist a person who wants to commit suicide?

The argument is that since the sanctity of life is not absolute and since a person may end his or her own life because of the philosophy of individual rights, we should legalize euthanasia and assisted suicide. However, if your argument is right, it may apply even when there is no suffering.

Suppose a person were to say, "I do not suffer physically, at least, but I do not like the life I have now." If such a person were to commit suicide, then because there is no such thing as sanctity of life, should we accept assisted suicide and euthanasia?

I understand that philosophy. It is, to a certain extent, what happened in the Supreme Court of Canada. When Mr. Justice Sopinka, for example, says that sanctity of life is very important, he convinces four of his colleagues. Mr. Justice Lamer and the four dissenting judges may say, for example, "If a person may commit suicide, a handicapped person should obtain the help of a third person to do the same thing." That is, to a certain extent, his argument.

If your philosophy is valid — and you certainly have the right to prove that philosophy — it is valid even if there is no sickness. It is valid even if a person suggests that they have not suffered terribly, but do not want to live like that and wish to end their life if permitted to do so. If they are not permitted to do so, they can then, as Sue Rodriguez did, ask for the help of a third person. Is that what you are saying?

I do not critique your philosophy. I respect every philosophy, but I should like to know if I am seeing the problem properly.

Mr. Browne: I do not think it follows from the fact that suicide is not wrong that assisted suicide would never be wrong. My view is that suicide is never wrong.

Senator Beaudoin: It is never wrong?

Mr. Browne: It is never immoral. It may be imprudent; it may be foolish; it may be regrettable. At most times, it is all of those things, but from an ethical point of view, I do not think it is immoral, sinful or wicked for someone to commit suicide.

While there may be extreme circumstances where it is wrong to commit suicide, generally speaking, suicide is not immoral, even for a bad reason. Therefore, if I fail an examination and commit suicide, that is foolish and regrettable, but it is not immoral. On the other hand, if I have asked someone to help me commit suicide, and they help me commit suicide for a bad reason, they have done something wrong.

Once we bring in a third party, then we can start to look at the person's reasons for wanting to die. If those reasons do not pass muster — and the big question is what counts as passing muster — then you can make a request for it, but the request can be denied.

[Translation]

Si je suis bien votre raisonnement, vous dites que le caractère sacré de la vie n'est pas absolu. D'après vous, la qualité de la vie est un facteur très important. Cela étant dit, si une personne veut se suicider, pourquoi ne pas l'aider?

Selon l'argument, puisque le caractère sacré de la vie n'est pas absolu et qu'une personne pourrait mettre fin à ses jours en raison de ses droits individuels, nous devrions légaliser l'euthanasie et le suicide assisté. Toutefois, si vous avez raison, on devrait autoriser le suicide assisté et l'euthanasie même si la personne n'éprouve pas de souffrance.

Prenons l'exemple de quelqu'un qui ne souffre pas, du moins pas physiquement, mais qui est insatisfait de la vie. S'il voulait se suicider, alors, parce que la vie n'est pas sacrée, nous devrions accepter qu'on l'aide.

Je comprends le raisonnement. C'est, dans une certaine mesure, ce qui s'est produit à la Cour suprême du Canada. Lorsque le juge Sopinka, par exemple, affirme que le caractère sacré de la vie est très important, il convainc quatre de ses collègues. Le juge Lamer et les quatre juges dissidents pourraient dire, par exemple, que, si l'on a le droit de se suicider, la personne handicapée devrait pouvoir faire appel à un tiers. C'est, dans une certaine mesure, son argument.

Si votre logique est valable (et vous avez certes le droit de le prouver) alors, elle l'est même si la personne n'est pas malade. Elle est tout aussi valable si la personne prétend n'avoir pas souffert terriblement, mais ne pas vouloir continuer de vivre de cette façon et vouloir mettre fin à ses jours, si on le lui permet. Si on ne le lui permet pas, elle peut alors, comme Sue Rodriguez, demander l'aide d'un tiers. Est-ce ce que vous préconisez?

Remarquez que je ne m'en prends pas à votre raisonnement. Je respecte tous les principes, mais je voudrais quand même savoir si j'ai bien compris.

M. Browne: Le fait que le suicide ne soit pas interdit ne veut pas dire que le suicide assisté devrait toujours être permis. Personnellement, je crois que le suicide n'est jamais mal.

Le sénateur Beaudoin: Ce n'est jamais mal de se suicider?

M. Browne: Le suicide n'est jamais immoral. C'est peut-être imprudent, stupide, voire regrettable. Le plus souvent, il est tout cela, mais au sens de l'éthique, il n'est ni immoral, ni scandaleux, ni vilain.

Bien qu'il puisse y avoir des situations extrêmes où il est mal de se suicider, en règle générale, le suicide n'est pas immoral, même lorsqu'il est commis pour de mauvaises raisons. Par conséquent, si j'échoue à un examen et que je me suicide, c'est peut-être stupide et regrettable, mais ce n'est pas immoral. Par contre, si j'ai demandé à quelqu'un de m'aider à me suicider et que cette personne accepte pour les mauvaises raisons, alors elle agit mal.

Dès qu'un tiers entre en jeu, nous pouvons alors examiner les raisons pour lesquelles la personne veut mourir. Si ses raisons ne sont pas jugées valables (et la grande question, c'est de savoir ce qui serait jugé valable) alors, elle peut le demander, mais sa requête peut être rejetée.

[Text]

Senator Beaudoin: You would accept that in a piece of legislation?

Mr. Browne: Yes, absolutely. Not only would I accept it, but I would insist that there must be a good reason for wanting to die, not just a request.

Senator Beaudoin: You accept it may be wrong in certain cases because a third person is intervening?

Mr. Browne: Yes.

Senator Beaudoin: You accept that?

Mr. Browne: Yes, absolutely.

Mr. Westwood: There are two issues here. One is the ethical rightness or wrongness of a certain action, and the other is the legal provision for that action in a society.

One of the major issues surrounding the legalization of these practices is the potential for abuse and mistake. Where that potential would be increased by increasing the scope of those who are able to access these services, that provides a stronger reason for not legalizing so as to protect against abuse.

Senator Beaudoin: Is abuse the dividing line?

Mr. Westwood: The potential for abuse is one of the major considerations in deciding how far to go in making provision for these practices. The potential for abuse is increased when the reasons are not valid and are not of the kind that prompted us to look at freeing these practices in the first place. That is certainly a reason to restrict the use of euthanasia and assisted suicide to persons who have the right reason, either a debilitating disease, or a "terminal illness".

Senator Perrault: For many years we have looked on civil rights organizations as the staunch defenders of human rights, freedom, liberty, and everything we would like to believe stands for democracy. You have brought us a brief tonight which sets forth the options for voluntary euthanasia, and there is — as the previous questioner noted — not one word about palliative care. It is one of the few briefs today in which there was no mention of the possibility of improving the quality of life through palliative care and/or other measures. I was rather surprised by that.

Page 40 of your brief reads as follows:

Now if the question of who qualifies for assisted suicide and active voluntary euthanasia were to be settled simply by determining who has a good reason for death, there could be no doubt that eligibility for those practices should be liberalized to the hilt. Life cannot be reasonably regarded as an unconditioned good, but rather as something which is valuable only if one has the possibility of wanted experiences. Thus if a person can no longer have any experiences at all, or any wanted experiences, or if continuing to live requires unwanted experiences which overbalance the

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Accepteriez-vous qu'une loi en dispose ainsi?

M. Browne: Sans hésitation. Non seulement l'accepterais-je, mais j'insisterais pour qu'il y ait une bonne raison de vouloir mourir, pas seulement une requête en ce sens.

Le sénateur Beaudoin: Vous admettez donc la possibilité que ce puisse être mal parfois, parce qu'un tiers intervient?

M. Browne: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Vous l'admettez?

M. Browne: Oui, parfaitement.

M. Westwood: Deux questions sont en jeu ici. L'une est la validité ou l'erreur éthique d'un certain geste, et l'autre, la légalisation de ce geste au sein d'une société.

L'une des grandes questions que soulève la légalisation de ces pratiques est l'éventualité d'abus et d'erreurs. Lorsque cette possibilité est accrue en raison du plus grand nombre de personnes qui pourraient avoir accès à ces services, il existe alors de bonnes raisons de ne pas légaliser la pratique, afin de protéger contre les abus.

Le sénateur Beaudoin: L'abus représente-t-il alors la démarcation?

M. Westwood: L'éventualité d'abus est l'un des grands facteurs déterminant jusqu'où il faut admettre ces pratiques. Les possibilités d'abus sont plus grandes lorsque les raisons ne sont pas valables et ne sont pas du genre de celles qui nous ont incités à envisager la possibilité de permettre ces pratiques au départ. C'est certes une raison suffisante pour limiter le recours à l'euthanasie et au suicide assisté aux personnes qui veulent mourir pour les bonnes raisons, à cause soit d'une maladie débilitante ou d'une maladie mortelle.

Le sénateur Perrault: Pendant de nombreuses années, les organismes de droits civils étaient considérés comme les ardents défenseurs des droits et des libertés et de toutes les valeurs qui symbolisent la démocratie. Ce soir, vous nous présentez un mémoire qui décrit les options à notre disposition pour légaliser l'euthanasie volontaire. Comme l'a fait remarquer la personne qui vous a interrogé avant moi, les soins palliatifs ne sont mentionnés nulle part. C'est l'un des quelques mémoires entendus aujourd'hui qui ne mentionne pas la possibilité d'améliorer la qualité de vie grâce aux soins palliatifs et à d'autres mesures. J'en suis plutôt étonné.

À la page 42 de votre mémoire, on peut lire:

Maintenant, si l'on choisit simplement, pour être admissibles à un suicide assisté et à l'euthanasie active volontaire, les personnes qui ont une bonne raison de mourir, il est certain que cette admissibilité devrait être élargie au maximum. La vie ne peut être raisonnablement considérée comme un bien inconditionnel, mais plutôt comme quelque chose dont la valeur dépend de la possibilité de faire des expériences désirées. Ainsi, si une personne ne peut plus du tout faire d'expériences, ou ne peut plus faire d'expériences désirées, ou si le fait de continuer à vivre l'oblige à des

[Texte]

wanted experiences, then that person has a good reason to die.

Mr. Browne, do you really believe that? What is an unwanted or wanted experience? What is your definition of "wanted experiences"?

Mr. Browne: Well, I wish to say something about palliative care, but I will deal with this question first.

Senator Perrault: There is not even a mention of physical illness in the option you have set forth at page 40. What is a wanted or unwanted experience? Is that a sufficient reason to ask someone to help in the administration of euthanasia?

Mr. Browne: By an "unwanted experience", I mean pain.

Senator Perrault: What?

Mr. Browne: Pain and suffering.

Senator Perrault: Why did you not use the words "pain and suffering" in your brief instead of "unwanted experiences", an exotic term which we have yet to hear in this hearing? Why did you not say "physical pain and suffering"? You said "unwanted experiences", which covers a whole range of other matters. A person could say, "I don't like the look of the seacoast in the morning where I live; I can't stand it any longer." That is an unwanted experience.

Mr. Browne: I did not say that.

Senator Perrault: Well, this is what is in your brief, in black and white.

Mr. Browne: I said that, certainly, but I did not say "physical pain and suffering", because I think we move beyond the physical, and thus cannot just say "physical pain and suffering". There must be psychological pain and suffering, as well.

For example, a quadriplegic may be in no physical pain, but the quality of life that that person is experiencing is not worth it. I wanted to state the conditions in a way that people whose quality of life is unacceptable may request assisted death.

Senator Perrault: Now there is an interesting view.

The British have a finely developed appreciation of human rights and freedoms. The British committee, in its report, said that there were serious and widespread repercussions for all of society by enacting measures of this kind. Do you disagree with the British position found in the court? You do not think there are any repercussions; is that correct?

Mr. Browne: There are repercussions. I think some are positive and some are negative, on balance.

Senator Perrault: In the testimony given by the Dutch doctors under cross-examination — you will find it in the transcript of the proceedings in which they were called as

[Translation]

expériences non désirées qui l'emportent sur les expériences désirées, cette personne a une bonne raison de mourir.

Monsieur Browne, est-ce vraiment votre conviction? Qu'entendez-vous par expériences désirées et non désirées? Comment définissez vous une «expérience désirée»?

M. Browne: J'aurais quelque chose à dire au sujet des soins palliatifs, mais je commencerai par répondre à votre question.

Le sénateur Perrault: Dans l'option que vous décrivez à la page 42, il n'est même pas question de maladie physique. Qu'est-ce qu'une expérience désirée ou non désirée? Est-ce une raison suffisante pour demander à quelqu'un de pratiquer une euthanasie?

M. Browne: Par «expérience non désirée», il faut entendre de la douleur.

Le sénateur Perrault: Pardon?

M. Browne: De la douleur et de la souffrance.

Le sénateur Perrault: Pourquoi ne l'avez-vous pas dit ainsi dans votre mémoire, plutôt que de parler «d'expériences non désirées», terme exotique qui nous était inconnu jusqu'ici? Pourquoi n'avez-vous pas dit carrément «douleur physique et souffrance»? Vous parlez d'«expériences non désirées», ce qui s'applique à toute une gamme d'autres situations. Ainsi, quelqu'un pourrait dire qu'il n'aime pas la vue qu'offre la mer, le matin, là où il vit, qu'il ne peut plus la supporter. C'est aussi une expérience non désirée.

M. Browne: Ce n'est pas ce que j'ai dit.

Le sénateur Perrault: C'est bel et bien ce qui est écrit, noir sur blanc, dans votre mémoire.

M. Browne: Certes, je l'ai dit, mais je n'ai pas parlé de «douleur physique et de souffrance», parce que j'estime que nous sommes allés au-delà du physique et que nous ne pouvons plus tout simplement parler de douleur et de souffrance physiques. Il existe aussi de la douleur et de la souffrance psychologiques.

Par exemple, supposons qu'un quadriplégique n'éprouve peut-être pas de douleur physique, mais qu'il juge qu'il ne peut plus continuer de vivre comme ça. Je désirais utiliser des termes qui permettent à ceux dont la qualité de vie est inacceptable de demander une mort assistée.

Le sénateur Perrault: Voilà qui est intéressant.

Les Britanniques ont un sens très raffiné des droits et libertés de la personne. Dans son rapport, le comité britannique écrit que l'adoption de mesures de ce genre a des repercussions graves sur l'ensemble de la société. Êtes-vous en désaccord avec la position adoptée par les tribunaux britanniques? Vous ne croyez pas qu'il y ait repercussions, est-ce exact?

M. Browne: De telles mesures ont bel et bien des repercussions, parfois favorables, parfois défavorables.

Le sénateur Perrault: Lors du contre-interrogatoire des médecins hollandais venus témoigner (vous trouverez le passage dans la transcription de leur témoignage devant le comité

[Text]

witnesses before the British committee — they admitted to making some mistakes and admitted that these mistakes were very unfortunate.

We heard today the case of a doctor — this was a couple of years ago in this community — who assisted in a suicide because the chap said he was dying from terminal cancer. The autopsy showed he had no cancer at all. I suppose that would be categorized as an "unfortunate incident". Is it not better to err on the side of caution, rather than to accede to every wish of an individual who says that he or she is tired of having unwanted experiences?

Mr. Browne: I came across a case the other day of someone who went in for cosmetic surgery. That person was administered a general anaesthetic and came out of the surgery a vegetable. Would it not be better to prohibit cosmetic surgery under general anaesthesia?

Senator Perrault: I had a friend who died of brain cancer. I was with him for a final drink and a goodbye when he made a decision to not have surgery. He said, "I am not asking for any special treatment in my final days and hours, but I have decided not to have the operation because I could possibly become a vegetable." He simply let nature take its course, and palliative care looked after his problems.

Everyone has a different approach to this problem, I suppose.

Mr. Browne: That is right. That is the point I should like to pick up on.

I have no difficulty admitting that one of the consequences of legalizing euthanasia will be some bad consequences. That, in and of itself, will not be a decisive force against euthanasia, because you can point to so many other things where people have a choice, but where that choice could result in bad consequences. If we had to emphasize one point, that is the one that I should like to make on behalf of the association.

You mentioned palliative care. I have nothing but the highest respect for palliative care and palliative care physicians. I do not want to say a word against them. I want to encourage their efforts. I think that increased palliative care capabilities have remarkably reduced the need for euthanasia. I do not, however, think that palliative care removes that need altogether.

My association with Dying with Dignity associations is that people are not particularly afraid of pain. They are afraid of disintegration, indignity, and the deterioration of the body and the mind. Palliative care can do nothing for that.

Some procedures associated with palliative care come very close to active euthanasia, in my opinion. For example, you have heard testimony to the effect that where a patient's distress is difficult to control, they will be "snowed", after having gone through elaborate consent requirements, and put to sleep. They are rendered unconscious, kept unconscious, and perhaps are woken every eight days or so. That measure seems not unlike active voluntary euthanasia.

[Traduction]

britannique) ils ont admis avoir commis certaines erreurs et que celles-ci étaient très malheureuses.

Nous avons entendu aujourd'hui l'exemple d'un médecin (cela s'est passé, il y a quelques années, ici même) qui a aidé quelqu'un à commettre un suicide parce que la personne disait avoir un cancer terminal. L'autopsie a montré qu'il n'y avait pas de cancer. Je suppose que l'on pourrait qualifier l'incident de «malheureux». Ne vaut-il pas mieux pécher par excès de prudence, plutôt que d'accéder à toutes les requêtes d'une personne qui se dit lasse de vivre des expériences non désirées?

M. Browne: J'ai pris connaissance, l'autre jour, du cas d'une personne qui a subi une chirurgie esthétique. On lui a administré une anesthésie générale et la personne est maintenant dans un état végétatif chronique. Ne vaudrait-il pas mieux interdire la chirurgie esthétique pratiquée sous anesthésie générale?

Le sénateur Perrault: J'ai un ami qui est mort d'un cancer du cerveau. Je suis allé prendre un dernier verre avec lui lorsqu'il a décidé de ne pas se faire opérer. Il a dit: «Je ne veux pas de traitement spécial dans mes derniers jours et moments; j'ai décidé de ne pas me faire opérer parce que je ne veux pas courir le risque de devenir un légume.» Il a laissé la nature suivre son cours et a opté pour les soins palliatifs.

Je suppose que chacun aborde ses problèmes à sa façon.

M. Browne: C'est vrai. J'aimerais justement vous parler de cette question.

Je reconnais que la légalisation de l'euthanasie peut avoir des conséquences négatives. Cela, en soi, ne constitue pas un argument décisif contre l'euthanasie, parce qu'il y a de nombreux autres domaines où les gens peuvent exercer un choix, mais où ce choix entraînera des conséquences négatives. S'il y a un point que j'aimerais faire valoir au nom de l'association, c'est celui-là.

Vous avez parlé de soins palliatifs. J'admire grandement les médecins qui dispensent ce genre de soins. Je n'ai rien à dire contre eux. Je les encourage à poursuivre dans cette voie. Les soins palliatifs ont été grandement améliorés, ce qui a contribué à réduire de façon notable le besoin de légalisation de l'euthanasie. Toutefois, je ne crois pas qu'ils l'éliminent totalement.

Mes contacts avec les associations Mourir dans la dignité m'ont permis de me rendre compte que les gens ne craignent pas tellement la douleur. Ce qu'ils craignent, c'est la désintégration, la perte de dignité, la détérioration du corps et de l'esprit. Les soins palliatifs ne peuvent apaiser cette crainte.

À mon avis, certains soins palliatifs se rapprochent très près de l'euthanasie active. Par exemple, des témoins nous ont expliqué que lorsque la détresse d'un patient est trop grande, ce dernier, après avoir rempli de nombreuses formalités d'autorisation, sera «drogué» et endormi. Il sera maintenu dans cet état d'inconscience et peut-être réveillé tous les huit jours environ. Cette mesure s'apparente à l'euthanasie active.

[Texte]

Senator Perrault: We have had evidence before the committee that the recent Dutch experience indicates that six out of every ten cases of euthanasia involve nonvoluntary euthanasia. Does that sound a bit like the slippery slope argument in operation? It did not start that way, but now six out of ten are said to be nonvoluntary cases of euthanasia.

Secondly, the Dutch Physicians League said that it was jealous of the U.K.'s palliative care record. It said that if similar levels of care were available in the Netherlands, the perceived need for euthanasia would be greatly diminished. Is this not a cause which civil rights organizations should espouse? In other words, if it is going to keep some people alive to enjoy the beauties and greatness of our country, that is better than simply putting in place a way to end their lives. The Dutch said that if they had something to match the British palliative care program, they would be far better off and save many lives.

Mr. Browne: In looking at the literature on Holland, it is my experience that you can find almost anything that you want to find in it. People in favour of euthanasia can find enough evidence out of the Dutch literature to say there is proof that it works. Those who oppose euthanasia can find enough literature in the Dutch experience to say that there is proof that it does not work. That is why I say it is very difficult to know what is happening in Holland. I think that is an accurate perception of the situation.

Secondly, it is very difficult to argue for active voluntary euthanasia and assisted suicide unless there is a first-class palliative care system available. If you do not have one, it is very difficult to argue for the voluntariness of those activities.

The information I have received is that Holland has a first-class palliative care system. If that is so, then euthanasia is just an alternative. If that is not so, then it is much more difficult to argue for the legitimacy of the Dutch system. In conscience, I would have a much harder time arguing for assisted suicide and active voluntary euthanasia in the United States than I would in Canada.

Senator Lavoie-Roux: I must say that I was taken aback by some of your arguments. At page 17 of your brief, you replied to the slippery slope argument. You said:

It is unrealistic to suppose that some such tragedies will not occur. But that should not be taken as a decisive objection to the practices in question. We allow policemen to carry guns and young people to choose their marriage partners, and tragedies result from these too.

You added the example of where administering an anaesthetic may result in an accident. However, that anaesthetic is not administered with the intention of ending a life. There is no coming back from euthanasia. For someone who chooses a bad partner in marriage, the situation is not irreversible. For that matter, you should not be driving a car, because you might have

[Translation]

Le sénateur Perrault: Le comité a appris qu'en Hollande, six décès sur dix étaient dus à l'euthanasie involontaire. N'est-ce pas la preuve qu'un glissement est en train de se produire? Cela n'a pas commencé de cette façon-là, mais maintenant, six cas d'euthanasie sur dix sont involontaires.

Deuxièmement, la Ligue des médecins de la Hollande a dit envier le programme de soins palliatifs mis sur pied au Royaume-Uni. Si un programme identique existait dans les Pays-Bas, le besoin de recourir à l'euthanasie s'en trouverait grandement diminué. Ne s'agit-il pas là d'une cause que les organismes de défense des droits civils devraient épouser? Autrement dit, il vaut mieux aider certaines personnes à rester en vie pour qu'elles puissent profiter des splendeurs et des bienfaits de notre pays, plutôt que de mettre en place un mécanisme qui leur permettra de mettre fin à leur existence. Les Hollandais ont dit que s'ils avaient un programme de soins palliatifs identique à celui de la Grande-Bretagne, ils s'en trouveraient mieux et pourraient sauver un grand nombre de vies.

M. Browne: En ce qui concerne les études portant sur la Hollande, je sais que l'on peut y trouver presque tout ce que l'on veut. Les partisans de l'euthanasie y trouveront suffisamment de preuves démontrant l'efficacité de cette pratique, tandis que les opposants de l'euthanasie y trouveront, eux, suffisamment de preuves démontrant le contraire. C'est pourquoi il est très difficile de savoir ce qui se passe en Hollande. Je crois que cela décrit bien la situation.

Deuxièmement, il est très difficile de justifier l'euthanasie active volontaire et le suicide assisté à moins de disposer d'un excellent programme de soins palliatifs. À défaut d'un tel programme, il est très difficile de défendre ces pratiques.

D'après les renseignements que j'ai reçus, il existe en Hollande un excellent programme de soins palliatifs. Si tel est le cas, l'euthanasie ne constitue alors qu'une alternative. Autrement, il est beaucoup plus difficile de défendre la légitimité du système hollandais. En toute honnêteté, j'aurais beaucoup plus de difficulté à défendre la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie active volontaire aux États-Unis qu'au Canada.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je dois dire que certains de vos arguments me surprennent. À la page 18 de votre mémoire, vous dites, en réponse à l'argument de la pente glissante, que:

Il n'est pas réaliste de croire que ce genre de tragédies ne se produira pas. Mais ce n'est pas une raison pour s'opposer catégoriquement aux pratiques en question. Nous permettons aux policiers de porter des armes et aux jeunes de choisir leurs partenaires pour la vie, et il en résulte aussi des tragédies.

Vous ajoutez que le fait d'administrer un anesthésique à quelqu'un peut entraîner une tragédie. Toutefois, cet anesthésique n'est pas administré dans l'intention de mettre un terme à une vie. L'euthanasie est finale. Dans le cas d'une personne qui choisit un mauvais partenaire de mariage, la situation n'est pas irréversible. On pourrait aussi dire que vous ne devriez pas conduire une

[Text]

an accident, but you feel that, generally, people are responsible and take care not to have car accidents. I think your reasoning is false. To make a comparison with that and euthanasia, which is the end of life, bothers me a great deal. I do not think the issue is of the same nature.

Mr. Browne: Perhaps the example of choosing marriage partners is an unfortunate one for the reason that there is no coming back from euthanasia, whereas there is a case for the possibility of remarriage and happiness.

Senator Lavoie-Roux: Today people remarry three, four, and five times, so they are certainly coming back.

Mr. Browne: We will grant that. On the other hand, when we let policemen carry guns and let them engage in high-speed car chases, sometimes innocent people die. We know that that is possible when we issue them the guns, but we do not take it further and say that as a result of innocent people dying, they should not be allowed to carry guns. We accept the deaths because they are statistically predictable.

I understand what gives you concern about that comment. What concerns you is that perhaps I treat this acceptable price too lightly because, after all, a human life should be cherished. It should be valued. You hear me saying that we merely trade off lives in order to get good consequences elsewhere. Well, we do that regularly in most spheres of life, given the example where we accept deaths in order to get a beneficial policy.

Therefore, I do not see why we should be shy about admitting that assisted suicide and active voluntary euthanasia may well have the very unfortunate results that are projected, but it is worth it. The presumption is that if you do not do anything, you will not have those deaths and everything will be fine. However, I remind you that we are discussing assisted suicide and active voluntary euthanasia because the present situation is not fine. It is not fine because there are chinks in the armour of palliative care where people's suffering is continuing unmitigated. That is why we have put our argument forward. This is the price to be paid.

Senator Lavoie-Roux: Some of us around the table are concerned about the fact that figures suggest that palliative care does not relieve severe pain in about 5 per cent of terminal care cases. As a result, many people suggest that more study into pain relief should take place. We are concerned about the present knowledge of pain relief and actually achieving relief.

On the other hand, I do not think we can easily push away the question of the slippery slope. If you have a bias, you can find an experience in the Netherlands that will prove your point; and, if you are on the other side of the fence, you will also find experiences to prove your point. That is possible.

[Traduction]

voiture parce que vous pourriez avoir un accident. Toutefois, vous estimez que, dans l'ensemble, les gens sont responsables et qu'ils font attention. Votre raisonnement, à mon avis, ne tient pas. Je trouve votre comparaison inquiétante, car l'euthanasie est une pratique qui consiste à mettre fin à une vie. Le problème n'est pas le même.

M. Browne: L'exemple des partenaires est peut-être mal choisi parce que l'euthanasie n'est pas un processus réversible et qu'une personne peut se remarier et trouver le bonheur avec quelqu'un d'autre.

Le sénateur Lavoie-Roux: Aujourd'hui, les gens se remarient trois, quatre et cinq fois.

M. Browne: C'est vrai. D'autre part, lorsque nous permettons aux policiers de porter des armes et de s'engager dans une chasse à l'homme en voiture, il arrive parfois que des gens innocents meurent. Nous savons que de telles tragédies risquent de se produire lorsque nous leur donnons des armes. Toutefois, nous n'irons pas jusqu'à dire qu'ils ne devraient pas porter des armes parce que des gens innocents meurent. Nous acceptons ces morts parce qu'elles sont statistiquement prévisibles.

Je sais ce qui vous dérange dans mes propos. Parce que ces tragédies constituent, pour moi, un prix acceptable à payer, vous jugez que je traite cette question trop à la légère car, après tout, une vie humaine, c'est quelque chose que l'on doit chérir et protéger. Vous m'entendez dire que nous sommes prêts à accepter que des tragédies se produisent dans le but d'obtenir des bienfaits ailleurs. Eh bien, nous faisons cela régulièrement dans la plupart de nos domaines d'activités.

Je ne vois donc pas pourquoi nous devrions avoir peur d'admettre que le suicide assisté et l'euthanasie active volontaire risquent très bien d'entraîner des conséquences négatives que nous devons accepter. Nous croyons que si nous ne faisons rien, ces tragédies ne se produiront pas et que tout ira pour le mieux. Toutefois, je tiens à vous dire que si nous parlons aujourd'hui de suicide assisté et d'euthanasie active volontaire, c'est parce que la situation actuelle n'est pas satisfaisante. Il y a des lacunes dans le programme de soins palliatifs car les gens continuent de souffrir. C'est pourquoi nous avons mis cet argument de l'avant. C'est le prix que nous devons payer.

Le sénateur Lavoie-Roux: Certains d'entre nous ici trouvons inquiétants les chiffres selon lesquels 5 p. 100 environ des patients en phase terminale continuent de vivre dans la douleur malgré les soins palliatifs qui leur sont prodigués. Par conséquent, de nombreuses personnes estiment que les méthodes destinées à apaiser la douleur devraient faire l'objet de recherches plus poussées. Nous nous inquiétons du niveau de connaissances qui existe actuellement à ce sujet.

D'autre part, je ne crois pas que l'on puisse facilement écarter le raisonnement de la pente glissante. Si vous êtes en faveur de l'euthanasie, vous pouvez trouver un exemple aux Pays-Bas qui vous permettra de défendre votre point de vue. Il en va de même si vous êtes contre. C'est possible.

[Texte]

I should like to refer to the sanctity of life. I am referring to the value of life as a basic value in our society. At page 40 of your brief, you say that if conditions of life are unwanted or life is not satisfactory, and physical pain may be involved, an individual could do away with his or her life. I think you take life too lightly. I think we must make the effort to find answers to the AIDS cases or the cancer patients or that 5 per cent of terminal care cases who experience severe pain. You suggest that we should be free to dispose of life, and that bothers me.

I do not make that comment on religious grounds. We did not hear many religious arguments in Ottawa regarding this issue, so we cannot ignore that there is a danger. It is a serious danger. You told us yourself that people in the Netherlands, when they get into nursing homes, worry whether they are going to live or die when the doctor comes around.

You must realize that in our society, in our various communities, many people — particularly elderly people — are getting quite worried about this whole discussion. I do not say that euthanasia and assisted suicide should be implemented. I was one of the first individuals to say that this discussion should be held, but the way you approach the issue concerns me.

Mr. Browne: I hope I am not understood to say that in the Netherlands elderly people are afraid to go into nursing homes.

Senator Lavoie-Roux: We have heard that.

Mr. Browne: That has been alleged. It may be alleged and it may be true, but there may be no basis for the allegation.

Secondly, elderly people may have that fear. However, it is as likely that they have the fear of abject dependency, pain, and being out of control in the nursing home as they would have of being in the nursing home and having someone pressuring them with assisted suicide or active voluntary euthanasia.

On the question of the slippery slope argument, historically, it has been the most effective argument because it is impossible to completely meet the argument. People can always say, "You must admit there is a possibility of this, that and the other thing." Of course there is.

The point I wish to make is that every significant piece of legislation can have bad consequences, and a slippery slope argument can be used against any significant piece of legislation with equal force. The upshot of what I am saying is this: If you want to use this argument for a piece of legislation, evidence must be produced which shows more than a possibility of bad consequences. The evidence must show a real likelihood of bad consequences.

I refer back to a Canadian committee on corrections years ago which laid out what it regarded as the basic principles of criminal law. The first principle was that no act should be criminally

[Translation]

J'aimerais que l'on parle du caractère sacré de la vie, de l'importance que l'on accorde à la vie dans notre société. À la page 42 de votre mémoire, vous dites que si le fait de continuer à vivre oblige une personne à des expériences non désirées ou à ne plus du tout faire d'expériences, cette personne aurait une bonne raison de mourir. Je crois que vous prenez la vie trop à la légère. Nous devons essayer de trouver des réponses pour venir en aide aux sidéens, aux patients atteints de cancer ou à ces 5 p. 100 de patients en phase terminale qui souffrent beaucoup. Vous laissez entendre que nous devrions être libres de disposer de notre vie et cela m'inquiète.

Ce commentaire ne s'appuie pas sur des motifs religieux. Il n'y a pas beaucoup de groupes religieux qui sont venus témoigner à ce sujet à Ottawa, de sorte que nous ne pouvons pas faire abstraction de ce danger. Il existe un danger très grave. Vous nous avez dit vous-mêmes que les personnes aux Pays-Bas, lorsqu'elles sont placées dans des foyers de soins infirmiers, s'inquiètent et se demandent si elles vont continuer à vivre ou si elles vont mourir après avoir reçu la visite du médecin.

Vous devez vous rendre compte qu'il y a dans notre société, dans nos diverses collectivités, de nombreuses personnes (et surtout des personnes âgées) qui sont fort inquiètes. Je ne dis pas que l'euthanasie et le suicide assisté devraient être légalisés. J'ai été une des premières à dire que cette question devrait faire l'objet de discussions, mais la façon dont vous abordez la question m'inquiète.

M. Browne: J'espère que vous ne déduisez pas, par mes propos, que les personnes aux Pays-Bas ont peur d'emménager dans des foyers de soins infirmiers.

Le sénateur Lavoie-Roux: C'est ce qu'on nous a dit.

M. Browne: Il est vrai qu'on a laissé entendre une telle chose. Cette allégation est peut-être vraie, et il se peut aussi qu'elle soit fausse.

Deuxièmement, les personnes âgées ressentent peut-être cette crainte. Toutefois, elles craignent peut-être autant la dépendance abjecte, la douleur et l'absence d'autonomie que le fait de subir les pressions de quelqu'un qui les encourage à avoir recours au suicide assisté ou à l'euthanasie active volontaire.

Pour ce qui est de l'argument de la pente glissante, il a toujours été des plus efficaces car il est impossible de le réfuter complètement. Les gens peuvent toujours dire: «Vous devez admettre que telle et telle possibilité existe, ainsi de suite.» Bien entendu qu'elle existe.

Ce que je cherche à dire, c'est que tous les projets de loi importants peuvent avoir des conséquences négatives. L'argument de la pente glissante peut être utilisé avec la même force contre tout projet de loi important. Cela dit, si vous voulez invoquer cet argument, vous devez démontrer que ces conséquences négatives sont non seulement possibles, mais également probables.

Le comité canadien de la réforme pénale et correctionnelle a élaboré, il y a des années, les principes de base du droit criminel. Le premier principe dispose qu'aucun acte ne devrait être proscrit

[Text]

proscribed unless its incidence, actual or potential, is substantially damaging to society. I think that is right. If we then come to the voluntary choice of a competent individual and say you cannot make the choice, the onus is on the defender of the prohibition to show why, if you give that choice to the person, it will be substantially damaging to society.

If I were talking about nonvoluntary euthanasia and said that would trade off a few lives here in order to improve lives there and save money, you would be perfectly correct in saying that that would be treating the value of life cheaply and inappropriately.

We are talking about voluntary euthanasia here, and we have two values that must be brought into some kind of coordinated relationship. The first is the value of autonomy and freedom of choice. The second is the value of life.

We get the value of autonomy by saying people get to choose. We get the value of life by saying that we will only help you if you have got a good reason, and we will build in certain safeguards against pressures, misuse and abuse.

Senator Keon: In your logical development of arguments, you claim that the Dutch experience is not relevant to us in Canada. I am too far away from my courses in philosophy and would never have the expertise to question whether your syllogisms were all correct or whether you had any false premises, but what concerns me is that even if we should decide to legalize euthanasia in Canada, the most relevant information we have to address is the fact that 1,000 Dutch people were euthanized without requesting it. That is the single most important consideration, and we must look at it very carefully. I do not know how you can claim that this is not relevant to the situation in Canada or anywhere else. I do not know of any other situation in the world where a nation has had to deal with that sort of statistic.

I should like to refer you to page 42 of your brief, the second paragraph, which reads as follows:

But if our Voluntary Euthanasia Bill is to be limited to the competent, it should be otherwise unlimited: I suspect we would get the best law if we allowed for assisted death as if the question of who has a good reason for death exhausted the relevant considerations.

Do you not think we are walking right into the same thing in Canada if we follow that logic?

Mr. Browne: I will respond to each question in turn. We now have active nonvoluntary euthanasia in Canada, but we do not know the rate of incidence. We have no idea what the incidence rate is in the United States. We have no idea what the incidence rate was in the Netherlands prior to legalization. Given that we have no idea of the incidence rate, it is not right to argue that legalization of assisted death in Holland led to the incidence of active nonvoluntary euthanasia in Holland.

We cannot just look at active nonvoluntary euthanasia, put a label on it, and say that it is all bad and evil. I think that we must lift up the statistics and look at the circumstances in which active

[Traduction]

du point de vue pénal sauf si ses conséquences, réelles ou éventuelles, risquent de nuire sérieusement à la société. Je suis d'accord avec cela. Si nous interdisions à une personne lucide le droit d'exercer volontairement un choix, il revient au défenseur de l'interdiction de montrer pourquoi le fait de donner un tel choix à une personne risque de nuire sérieusement à la société.

Si l'on disait que l'euthanasie permettait tout simplement de supprimer quelques vies ici et là afin d'en sauver d'autres et de réaliser des économies, vous auriez tout à fait raison de dire que l'on accorderait ainsi très peu de valeur à la vie.

Il est question ici d'euthanasie volontaire. Deux facteurs doivent être pris en considération. Le premier porte sur la valeur que l'on attribue à l'autonomie et à la liberté de choix. Le deuxième porte sur la valeur que l'on attribue à la vie.

L'autonomie est assurée lorsqu'on donne aux gens le droit d'exercer un choix. La valeur de la vie est assurée lorsqu'on dit aux gens que nous allons leur venir en aide s'ils ont vraiment besoin de nous, et que nous les protégerons contre les pressions et les abus.

Le sénateur Keon: Vous dites, si l'on suit votre raisonnement, que l'expérience des Pays-Bas n'est pas pertinente en ce qui nous concerne. Mes cours de philosophie sont bien loin et j'estime être mal placé pour dire si vos arguments sont fondés ou non. Toutefois, ce qui m'inquiète, c'est que même si nous décidions de légaliser l'euthanasie au Canada, il ne faudrait pas oublier que 1 000 Hollandais sont morts par euthanasie sans en avoir fait la demande. Il s'agit là du facteur le plus important dont nous devons tenir compte. Je ne sais pas pourquoi vous dites que cette expérience ne s'applique pas au Canada ou à un autre pays. Je ne connais aucun autre pays qui soit confronté à une telle situation.

À la page 44 de votre mémoire, deuxième paragraphe, vous dites ce qui suit:

Mais si notre loi sur l'euthanasie volontaire doit se limiter aux personnes capables mentalement, elle doit pour le reste être sans limites: j'ai l'impression que la meilleure loi autoriserait la mort assistée même si la seule considération pertinente se résumait à identifier les personnes qui ont de bonnes raisons de mourir.

Ne croyez-vous pas que la même situation risque de se produire au Canada si nous suivons cette logique?

M. Browne: Je répondrai à chacune des questions. Il y a des cas d'euthanasie active non volontaire au Canada, mais nous ne savons pas combien. Nous ne savons pas non plus combien il y en a aux États-Unis, et combien il y en a eu aux Pays-Bas avant que l'euthanasie ne soit légalisée. Cela dit, nous ne pouvons pas conclure que la légalisation du suicide assisté en Hollande a donné lieu à des cas d'euthanasie active non volontaire dans ce pays.

Nous ne pouvons pas tout simplement étiqueter l'euthanasie active non volontaire et dire que c'est une mauvaise pratique. Nous devons regarder au-delà des statistiques et analyser les

[Texte]

nonvoluntary euthanasia was performed, because the Rummelink Commission report was self-reporting in that the physicians testified as to their own practises, and the physicians who said they performed active nonvoluntary euthanasia were not ashamed of it.

That matter must be examined carefully, but I do not take the willingness of physicians to perform active nonvoluntary euthanasia to be a demonstration that we have come to the slippery slope or that something is going on which is unacceptable.

At Children's Hospital, for example, they will never allow removal of nutrition, hydration and thermal support. They will, however, allow removal of a ventilator. Removal of a ventilator will bring about the death of the infant with certainty. Sometimes the infant takes a long time to die. That is uncomfortable for the parents, who are often present. You cannot regard this as humane for the child.

With respect to the termination of treatment of several defective newborns, Dutch physicians have argued that in cases where we remove a ventilator, they will administer a lethal injection. I am not saying that all 1,000 cases can be accounted for in that manner, but if we look at those cases qualitatively rather than quantitatively, we may get a different slant on that activity.

With respect to what constitutes a good reason for eligibility for euthanasia — and I have looked at much of the model legislation throughout the world, as I know you have — and the most conservative way of dealing with this issue is to say that you can have euthanasia if you are competent, if you are adult, if you are terminal, and if you are physically suffering. One could draft legislation such as that.

However, it is too easy to think of counter-examples to those circumstances where people really do have a right to request and receive assisted death and where those conditions will not be satisfied. You then start to say, "Let us loosen those conditions. What would have had to be the legislative conditions for Sue Rodriguez to have had access to assisted suicide and active voluntary euthanasia?" You have then to say that the condition does not have to be terminal and the death does not have to be imminent. Once you say that, what are you left with? Well, you have someone who is competent, maybe someone who is an adult — we can squabble about that. But you have a competent adult whose life is causing them distress, and this distress cannot be removed in any way which is acceptable to them. I think you have now a case for the person to request and receive death.

The Chairman: I have one question about the options you suggested in your presentation and comments with regard to prosecutorial discretion.

Have you had an opportunity to look at the Crown counsel policy manual from your attorney-general's department? It was issued in November.

Mr. Westwood: I did look at that some time ago. I do not recall the exact details of it. Was there something you wanted to ask me about?

[Translation]

circonstances dans lesquelles l'euthanasie active non volontaire a été pratiquée. On peut voir, à la lecture du rapport de la Commission Rummelink, que les médecins eux-mêmes ont décrit les méthodes qu'ils utilisent; ceux qui ont affirmé pratiquer l'euthanasie active non volontaire n'ont pas eu peur de l'avouer.

Il faut examiner la question de près. Le fait que des médecins se disent prêts à pratiquer l'euthanasie active non volontaire ne signifie pas qu'un glissement ou que quelque chose d'inacceptable soit en train de se produire.

À l'Hôpital pour enfants, par exemple, ils n'accepteront jamais de débrancher les systèmes de nutrition et d'hydratation artificielle. Ils accepteront toutefois de débrancher le ventilateur, ce qui entraînera la mort de l'enfant. Parfois, l'enfant mettra beaucoup de temps à mourir, ce qui est très dur pour les parents, qui sont souvent présents. Ce n'est pas très humain pour l'enfant.

En ce qui concerne l'interruption du traitement dispensé à plusieurs nouveaux-nés atteints de malformations, les médecins hollandais ont affirmé qu'ils leur injectaient une substance mortelle lorsqu'ils débranchaient le ventilateur. Je ne dis pas que les 1 000 décès peuvent être expliqués de cette façon-là, mais lorsqu'on tient compte de la méthode employée et non du nombre de décès, on voit la chose sous un angle différent.

En ce qui concerne les critères régissant l'admissibilité à l'euthanasie (et j'ai examiné la plupart des lois adoptées par les divers pays, tout comme vous l'avez fait) et la façon la plus prudente d'aborder cette question, je dirais qu'une personne peut avoir recours à l'euthanasie si elle est lucide, adulte, en phase terminale et si elle souffre physiquement. On pourrait élaborer un projet de loi à partir de ces critères.

Toutefois, il est trop facile de trouver des exemples de personnes qui ont le droit de demander le suicide assisté mais qui ne satisfont pas aux critères établis. Vous commencez alors à dire: «Assouplissons les conditions. Quel critères législatifs Sue Rodriguez aurait-elle eu à satisfaire pour être admissible au suicide assisté et à l'euthanasie active volontaire?» La réponse est la suivante: que le patient ne soit pas en phase terminale et que la mort ne soit pas imminente. Une fois ces conditions réunies, que vous reste-t-il? Une personne lucide, peut-être même adulte, et nous pouvons longuement en discuter. Mais vous avez un adulte lucide qui souffre beaucoup, et dont la souffrance ne peut être apaisée de façon qu'il juge acceptable. Cette personne a donc le droit de demander et de recevoir la mort.

La présidente: J'ai une question à vous poser au sujet des options que vous avez formulées dans votre exposé. J'ai également quelques observations à faire concernant le pouvoir discrétionnaire de poursuivre quelqu'un.

Avez-vous eu l'occasion de jeter un coup d'oeil sur le manuel de directives qu'a préparé le procureur général de votre province pour les conseillers de la Couronne? Il a été publié en novembre.

M. Westwood: Je l'ai examiné il y a quelque temps déjà. Je ne me souviens pas des détails qu'il contenait. Vouliez-vous me poser une question à ce sujet?

[Text]

The Chairman: In view of your comments regarding the possibility of following that option, are you satisfied with this type of manual? Perhaps you would take a look at it again. We have extra copies here. Perhaps you could send us a written comment about what you think of that manual.

Mr. Westwood: I would be happy to do that.

The Chairman: Thank you very much Mr. Westwood and Mr. Browne.

Our final witnesses tonight are two groups, the Catholic Health Association of Canada and the Catholic Health Association of British Columbia.

Would you be good enough to introduce yourselves?

Mr. Gerry Hiebert, Chairman, Catholic Health Association of Canada: Good evening, Mr. Chairman. I will introduce the members of my team, and as we share this presentation with the Catholic Health Association of British Columbia, I will turn it over to my colleague.

With me is Dr. Helen Hays. Dr. Hays is a member of the Order of Canada and an internationally respected palliative care physician. With me as well is one of Dr. Hays' patients, Mrs. Elly Englefield. We are all from the Misericordia Caritas Health Group in Edmonton.

Next to Mrs. Englefield is Brigitte Campion. Brigitte is an ethicist consultant to the Catholic Health Association of Canada.

Mr. Gerald Herkel, President, Catholic Health Association of British Columbia: Good evening, honourable senators. I am also the CEO of St. Michael's Centre, which is an intermediate and extended care health care facility. Presenting on behalf of the Catholic Health Association of British Columbia this evening is Father John Horgan. Father Horgan is the chaplain to St. Paul's Hospital. He is chairperson of the ethics committee of the Catholic Health Association of British Columbia and a former regional representative of the B.C. Hospice and Palliative Care Society.

Next to Father Horgan is Susan House, who is the executive director of the Catholic Health Association of British Columbia. She is also coauthor of our presentation, which was previously submitted to you this evening. Part of our testimony is the story of her mother, which you would find in Appendix E on pages 8 and 9 of our presentation. Father Horgan will be making our main presentation this evening.

Mr. Hiebert: I represent the Catholic Health Association of Canada, in association with several hundred institutional members, hospitals, nursing homes and owners of facilities, as well as a large number of personal members from across Canada. You will have received a copy of our brief, and I have extra copies here that are available. I will not read from our brief, as we will present some of our personal views.

As Chief Executive Officer of the Caritas Health Group in Edmonton, I am responsible for three hospitals in acute care and long-term care. We have a range of programs, including those in palliative care.

[Traduction]

La présidente: Compte tenu des observations que vous avez formulées au sujet de cette option, êtes-vous satisfait de ces politiques? Vous pourriez peut-être examiner le manuel à nouveau. Nous en avons des copies. Vous pourriez peut-être ensuite nous soumettre une réponse écrite.

M. Westwood: Avec plaisir.

La présidente: Merci beaucoup, messieurs Westwood et Browne.

Nos derniers témoins ce soir sont l'Association catholique canadienne de la santé et la *Catholic Health Association of British Columbia*.

Auriez-vous l'obligeance de vous présenter?

M. Gerry Hiebert, président, Association catholique canadienne de la santé: Bonsoir, madame la présidente. Je présenterai les membres de mon équipe et céderai ensuite la parole à mon collègue de la *Catholic Health Association of British Columbia*.

Je suis accompagné du docteur Helen Hays, membre de l'Ordre du Canada et spécialiste de renommée internationale dans le domaine des soins palliatifs. Nous avons avec nous une patiente de Mme Hays, Mme Elly Englefield. Nous sommes tous membres du *Misericordia Caritas Health Group* à Edmonton.

À côté de Mme Englefield se trouve Brigitte Campion, éthicienne qui travaille pour l'Association catholique canadienne de la santé.

M. Gerald Herkel, président, Catholic Health Association of British Columbia: Bonsoir, honorables sénateurs. Je suis également président directeur général du *St. Michael's Centre*, un établissement de soins intermédiaires et prolongés. Je suis accompagné ce soir du père John Horgan, aumônier de l'hôpital St. Paul's, président du comité d'éthique de la *Catholic Health Association of British Columbia* et ancien représentant régional de la *B.C. Hospice and Palliative Care Society*.

À ses côtés se trouve Susan House, directeur exécutif de la *Catholic Health Association of British Columbia*. Elle est également le co-auteur de notre mémoire, que vous a été distribué plus tôt ce soir. Une partie de notre exposé porte sur l'expérience personnelle de sa mère, dont vous trouverez le récit aux pages 8 et 9 de l'annexe E. Notre exposé sera présenté ce soir par le Père Horgan.

M. Hiebert: Je représente l'Association catholique canadienne de la santé, qui regroupe des centaines d'établissements, d'hôpitaux, de foyers de soins infirmiers et de centres hospitaliers, de même qu'un grand nombre de particuliers de toute les régions du Canada. Vous avez reçu notre mémoire. J'en ai d'autres copies. Je ne vous le lirez pas, puisque nous vous exposerons notre point de vue personnel sur la question.

En tant que président directeur général de la *Caritas Health Group* à Edmonton, je suis responsable de trois établissements de soins actifs et prolongés. Nous offrons toute une gamme de services, y compris des soins palliatifs.

[Texte]

As a Catholic association and as Catholic hospitals, we very much believe in the sanctity of life. We believe life is a gift of the Supreme Creator, God, and that it is necessary to treat life with respect and dignity.

This is not just a Catholic issue. We are working very closely with other faiths and groups that have this similar interest. To name a few, there is the Evangelical Fellowship, the Salvation Army, and the Presbyterian church. Hence, this is a very broad-based coalition of people who have a common interest.

We believe very much that care in dying is an important part of our health system and that palliative care has become very much part of our activity. This is a fairly recent program. Governments in the past have been hesitant to fund palliative care; however, I will give you an indication that this is changing with an example from my own province of Alberta. In a letter from the Minister of Health just a couple of months ago, she provided funds for community-based services. She stated that these funds were to be used for, among other things, palliative care. Clearly, the government in our province has changed its view towards supporting palliative care because it is concerned about the quality and dignity of life, the health care system, and the final days of life.

Governments, like other parts of the health system in other jurisdictions, are also looking at a change in the way services are delivered. Given fiscal constraints and health reform, it is necessary to look at how we deliver this service differently. We also see institutions making this commitment. Dr. Hays is a good example of that.

Our hospital brought Dr. Hays on staff five or six years ago. This commitment involved our hospital's resources, as well as charitable donations raised through a tremendous public commitment — a good combination of public and private funding.

There are several key issues that I wish to address, both as a chief executive officer and as a leader of a national association. I think there is a commitment to provision of care for the dying. Western institutions such as St. Paul's here in Vancouver, the Caritas Health Group in Edmonton, St. Paul's Hospital in Saskatoon, St. Boniface in Winnipeg, and so on are examples of this. There are others. I mentioned Catholic hospitals, but there are others that are equally involved in this important program.

As I said before, we need to give attention to how these services are organized and delivered. I, too, am cognizant of the pressures on our dollars, both provincially and federally, and therefore we need to look at different ways of providing this service.

Earlier this year, we headed a multi-institutional team, including home care, hospitals and long-term care. When we revamp the system, we want not only to improve the palliative care services for the people of Edmonton and northern Alberta, but, in fact, we think we can save several million dollars in the

[Translation]

En tant qu'association et hôpital catholiques, nous croyons fermement au caractère sacré de la vie. La vie pour nous est un cadeau du Créateur suprême, c'est-à-dire Dieu, et il est nécessaire de la traiter avec respect et dignité.

Il ne s'agit pas d'une question qui intéresse uniquement les catholiques. Nous travaillons en étroite collaboration avec d'autres confessions religieuses et groupes qui partagent ces mêmes vues. Il y a le *Evangelical Fellowship*, l'Armée du Salut et l'Église presbytérienne, pour ne mentionner que ceux-là. Il s'agit donc d'une vaste coalition de personnes qui ont un intérêt commun.

Nous croyons fermement que les soins dispensés aux mourants constituent une composante importante de notre régime de soins de santé, et que les soins palliatifs font partie intégrante de nos activités. Il s'agit là d'un programme assez récent. Les gouvernements dans le passé ont hésité à financer les services de soins palliatifs; toutefois, la situation est en train de changer comme en témoigne l'exemple suivant, qui vise ma propre province de l'Alberta. J'ai reçu il y a quelques mois une lettre de la ministre de la Santé, lettre dans laquelle elle s'engageait à verser, aux services communautaires, des fonds qui devaient servir, entre autres, à dispenser des soins palliatifs. Il est clair que le gouvernement est maintenant prêt à financer les soins palliatifs parce qu'il s'inquiète de la qualité et de la dignité de la vie, des soins offerts à un mourant dans les derniers jours de sa vie.

Les gouvernements essaient de trouver de nouveaux moyens de dispenser les services. Les contraintes financières et la réforme du régime de soins de santé nous obligent à voir comment nous pourrions offrir ces services différemment. Il y a des établissements de soins de santé qui cherchent aussi à changer la façon dont les soins sont dispensés. Le docteur Hays en est un bon exemple.

Le docteur Hays a été embauché il y a cinq ou six ans. Notre hôpital a également entrepris d'examiner la façon dont il utilise ses ressources, les dons recueillis grâce à la grande générosité du public, des fonds privés et publics.

Il y a plusieurs questions importantes que j'aimerais aborder avec vous en tant que président directeur général et dirigeant d'une association nationale. Je crois que nous sommes déterminés à dispenser des soins aux mourants. Les établissements de l'Ouest, comme l'hôpital St. Paul's à Vancouver, le *Caritas Health Group* à Edmonton, l'hôpital St. Paul's à Saskatoon, l'hôpital St-Boniface à Winnipeg, et cetera, en sont des exemples. Et il y en a d'autres. Les hôpitaux catholiques ne sont pas les seuls à participer à cet important programme.

Comme je l'ai dit plus tôt, nous devons examiner la façon dont ces services sont organisés et dispensés. Je suis conscient des contraintes financières de nos gouvernements, tant à l'échelle provinciale que fédérale. C'est pourquoi j'estime qu'il faut essayer de trouver de nouvelles façons de dispenser ces services.

Plus tôt cette année, nous avons dirigé une équipe composée de représentants de multiples établissements, notamment des services de soins à domicile, des hôpitaux et des services de soins de longue durée. Nous voulons, en restructurant le régime, non seulement améliorer les soins palliatifs fournis aux résidents

[Text]

process. We believe that the service can be improved if we do things differently, and this is what Dr. Hays and Mrs. Englefield will be talking about.

We need better linkages between the hospital and the community. Too often, we have tended to institutionalize this care, when in fact it can be provided in another manner.

We believe that there is a need for increased education. In this respect, the Catholic Health Association of Canada this year published two booklets. One is on palliative care — providing moments of joy and peace, as well as managing pain and creating a place of comfort and caring. The other brochure is on euthanasia. It deals with questions such as these: What are the fears of becoming a burden? How do you deal with suffering when someone you love is dying? These are the kinds of educational materials that we think are important in bringing to people the message that there is an alternative and that they have not been forgotten in their most needed hours.

What I can do is provide leadership, encouragement, support and resources to people. That is why I believe that it is important for you to hear directly from those involved on the front line, such as Dr. Hays and Elly Englefield.

Dr. Helen Hays, Member, Catholic Health Association of Canada: Mrs. Englefield and I will now have a dialogue to illustrate some of the points Mr. Hiebert has brought forward.

I should like to introduce Mrs. Englefield, who came to see me as a patient some months ago. She was known to have breast cancer and a spread of her disease.

Elly, could you tell me why you asked to be referred to the palliative care service?

Mrs. Elly Englefield, Catholic Health Association of Canada: I was being treated at the Cross Cancer Institute and felt a desperate need for contact with someone who cared about what was happening to me as a person, not merely as one of many cases that needed treatment.

I was given pain relief medication at the Cross and was told to use as much as I needed. I became violently ill. There was no way I could get hold of the doctor in charge for two days. It was a very frightening and dangerous experience.

Dr. Hays: At the first office visit, I did a complete evaluation, and during discussion you made the assumption that palliative care included active euthanasia.

Mrs. Englefield: I thought it might. I had read that sometimes it did. You reassured me and said "absolutely not", which is exactly what I wanted to hear.

[Traduction]

d'Edmonton et du nord de l'Alberta, mais également économiser des millions de dollars. Nous croyons pouvoir améliorer les services si nous faisons les choses différemment. Le docteur Hays et Mme Englefield vous en parleront.

Nous devons établir des liens plus solides entre les hôpitaux et la collectivité. Nous avons trop souvent tendance à dispenser ces soins en établissement, alors qu'ils pourraient être fournis d'une autre façon.

Nous devons aussi mieux informer la collectivité. À cet égard, l'Association catholique canadienne de la santé a publié cette année deux brochures d'information. Une porte sur les soins palliatifs, qui consistent à fournir des moments de joie et de paix au patient, à gérer sa douleur, à l'entourer d'affection, de confort. L'autre traite de l'euthanasie. On y pose des questions du genre: Craignez-vous d'être considéré comme un fardeau? Comment vivre avec sa douleur lorsqu'un être cher est en train de mourir? Ces renseignements, à notre avis, permettent de bien faire comprendre aux gens qu'il existe une alternative, qu'ils n'ont pas à traverser seuls les heures les plus difficiles de leur existence.

Ce que je peux faire, c'est de diriger, d'encourager, d'appuyer les gens, de leur fournir des ressources. C'est pourquoi je crois qu'il est important pour vous d'entendre le témoignage de ceux qui sont en première ligne, comme le docteur Hays et Elly Englefield.

Le docteur Helen Hays, membre, Association canadienne catholique de la santé: Mme Englefield et moi allons maintenant avoir un dialogue pour illustrer certains des points soulevés par M. Hiebert.

J'aimerais vous présenter Mme Englefield, qui est venue me consulter il y a quelques mois. Elle avait le cancer du sein, et la maladie était en train de se propager à d'autres parties de son corps.

Elly, pouvez-vous me dire pourquoi vous avez demandé à obtenir des soins palliatifs?

Mme Elly Englefield, Association catholique canadienne de la santé: Je suivais un traitement au *Cross Cancer Institute* et je sentais le besoin de communiquer avec quelqu'un qui s'intéresserait à moi en tant que personne, qui ne me considérerait pas tout simplement comme un cas parmi d'autres.

On m'a donné, à l'Institut, un médicament pour soulager la douleur. Je devais l'utiliser aussi souvent que j'en ressentais le besoin. Je suis devenue très malade. J'ai essayé pendant deux jours de rejoindre le médecin de service, mais en vain. Ce fut une expérience très terrifiante et dangereuse.

Le docteur Hays: Lorsque vous êtes venue me voir la première fois, je vous ai fait subir un examen complet. Au cours de notre entretien, vous avez dit que vous pensiez que l'euthanasie active faisait partie des soins palliatifs.

Mme Englefield: Je pensais qu'elle en faisait partie. J'ai lu dans certains ouvrages que c'était parfois le cas. Vous m'avez rassurée et m'avez dit que c'était «absolument faux». C'était exactement ce que je voulais entendre.

[Texte]

Dr. Hays: Since then, we have had regularly scheduled appointments to ensure good pain and symptom management and to discuss ongoing concerns. I believe that we have developed mutual trust.

Mrs. Englefield: Yes. The visits have been very positive. The pain control works wonderfully, and knowing that there is always a listening ear and care available whenever needed gives me great peace of mind.

Dr. Hays: Active euthanasia is practised in Holland but palliative care, I believe, is not. That is part of their public policy, not to introduce palliative care.

You were born in Holland. How do you feel it affects the life of your relatives and others, young and old, in Holland?

Mrs. Englefield: I do not really know much about the young, but I know that elderly people are afraid to enter nursing homes or to go in for much-needed medical care or surgery because they are afraid they are not coming out of it alive. That is the slippery slope. Physicians take money from relatives and children to dispatch elderly parents who are a financial burden to those children. That is happening.

Dr. Hays: You heard this from relatives, including your uncle, who is a retired physician. Is that correct?

Mrs. Englefield: He was just here in Canada. He told me the most horrible stories.

Dr. Hays: I hear that most requests for active euthanasia are acted on within an hour; 70 per cent are patients in their own homes.

Recent work in Winnipeg demonstrates that most people change their minds within two weeks after a request for euthanasia. Research in Edmonton shows that the further people are from their perceived end, the more likely they are to want a change in the law. Those who are elderly, and in fact dying, request a natural process, providing that their symptoms are well controlled.

Mrs. Englefield: A few months ago, I was in terrible pain. It was unbearable; I could not stand it. I no longer wanted to live. I thought, "What worth is life if it is like this; what is the point?" I did not really want to die, because I was very happy to be alive. I wanted the pain to go away. I believe that when people say they want to die, what they really mean is that they want help. They want the pain to go away. They want the suffering to go away.

Dr. Hays: I believe palliative care is the right of all Canadians facing serious and "terminal illness". At present, its provision is patchy.

Catholic hospitals have been in the forefront of this movement in Edmonton where I work. They have used charitable funding and have solicited donations very successfully. My service is

[Translation]

Le docteur Hays: Depuis, nous nous sommes vues régulièrement afin de bien contrôler votre douleur et vos symptômes, et afin de discuter de diverses questions. Je crois que nous avons établi entre nous un bon rapport de confiance.

Mme Englefield: Oui. Les visites ont été très positives. Le traitement visant à soulager la douleur est efficace, et le fait de savoir que quelqu'un est là pour m'écouter et me soigner me tranquillise grandement l'esprit.

Le docteur Hays: La Hollande pratique l'euthanasie active, mais ne dispense pas de soins palliatifs. Cela fait partie de leur politique.

Vous êtes née en Hollande. Selon vous, dans quelle mesure cette politique influe-t-elle sur vos parents et les autres personnes, jeunes et âgées?

Mme Englefield: Je ne sais pas trop ce que pensent les jeunes, mais je sais que les personnes âgées craignent d'emménager dans des foyers de soins infirmiers ou de se faire soigner ou opérer parce qu'elles ont peur de mourir. C'est là qu'intervient l'argument de la pente glissante. Les médecins prennent de l'argent des parents et des enfants qui souhaitent se débarrasser de parents âgés qui constituent pour eux un fardeau financier. C'est ce qui se produit.

Le docteur Hays: Ce sont des parents, dont votre oncle, un médecin à la retraite, qui vous ont dit cela, est-ce exact?

Mme Englefield: Il est venu au Canada. Il m'a raconté des histoires horribles.

Le docteur Hays: J'ai entendu dire que la plupart des demandes d'euthanasie active sont exécutées dans l'heure; 70 p. 100 des patients se font euthanasier à domicile.

Une étude récente menée à Winnipeg montre que la plupart des personnes changent d'idée deux semaines après avoir présenté une demande d'euthanasie. Des études menées à Edmonton montrent que plus les gens sont éloignés de la mort, plus ils sont susceptibles de vouloir faire modifier la loi. Les personnes âgées qui sont mourantes préfèrent mourir naturellement, pourvu que leurs symptômes sont bien contrôlés.

Mme Englefield: Il y a quelques mois, je souffrais terriblement. La douleur était insupportable. Je ne voulais plus vivre. Je me suis dit: «À quoi bon vivre s'il n'y a pas d'amélioration en vue?» Je ne voulais pas vraiment mourir, parce que j'étais très heureuse d'être en vie. Je voulais que la douleur cesse. À mon avis, les gens, lorsqu'ils affirment vouloir mourir, lancent vraiment un appel à l'aide. Ils veulent que la douleur cesse. Ils ne veulent plus souffrir.

Le docteur Hays: Je crois que tous les Canadiens atteints de maladies graves et terminales devraient avoir accès à des soins palliatifs. À l'heure actuelle, ces soins sont dispensés de façon ponctuelle.

Les hôpitaux catholiques sont à l'avant-garde de ce mouvement à Edmonton, où je travaille. Ils ont utilisé des dons de charité et organisé des campagnes de souscription qui ont connu beaucoup

[Text]

funded this way almost entirely. Our city hospitals are only now beginning to develop services such as ours.

Palliative care should be a matter of public policy. Our service is designed to look after patients, wherever they are, whether it be in hospitals, as outpatients, or in their own homes. We have no special inpatient unit.

We have shown a marked saving in hospital days annually — 1,300 to 1,500 hospital days per year from a small community-based hospital working far into the community, way beyond our own region. It is important to look after patients where they feel the best. As a delightful spin-off, this is economically successful, as well. The team consists of physicians, nurses, a social worker, chaplain, pharmacist, secretary and many very dedicated volunteers.

I would suggest it is premature to have a free vote in the House of Commons over this issue, because the public, who are driving the vote, in most instances are not informed and do not know what the terms mean. For example, Elly thought palliative care might involve euthanasia at the end, although I consider her a very well-informed member of the public. Many are also quite unaware of the situation in Holland.

Palliative care is shown to be compassionate and good medicine, but it is not universally available. If people do not trust their doctors now, will they trust them more if we empower them to kill?

Mrs. Englefield: They will not. Trust would be lost and the fear of dying would increase. People who are terminally ill need good palliative care. They need to know that they will have good pain control and a caring team of professionals for help in dying naturally.

Reverend John Horgan, Chairperson, Ethics Committee, Catholic Health Association of British Columbia: I am very honoured to speak to your committee this evening on behalf of the Catholic Health Association of British Columbia. Our organization is a provincial one whose mission is to witness the healing ministry and abiding presence of Jesus Christ as manifested in and by the Catholic health care facilities of this province. Inspired by the gospel, our association strives to have universal concern for health as a condition for full human development.

Since 1940, our organization has provided leadership, partnership, networking, consultation and education through workshops, professional updating, and the integration of values and quality in health care here in British Columbia. Our mission statement lists as its very first principle the promotion of respect for the inherent dignity of each person and the duty to reverence that unique experience of life, of sickness and of death. It is for this reason that we speak to you tonight in opposition to the legalization of euthanasia or physician-assisted suicide.

[Traduction]

de succès. Mon unité est presque entièrement financée de cette façon. Les hôpitaux de notre ville commencent à peine à mettre sur pied des unités comme la nôtre.

Les soins palliatifs devraient être dispensés de façon officielle. Notre unité se charge de soigner des patients, qu'ils soient hospitalisés, en consultation externe ou à domicile. Nous n'avons pas d'unité spéciale qui dispense des services à l'interne.

Nous avons réussi à réduire considérablement le nombre de journées d'hospitalisation sur une base annuelle, de 1 300 à 1 500 journées d'hospitalisation par année, et ce, dans un petit hôpital communautaire installé dans une localité isolée, loin de notre région. Il est important de traiter les patients là où ils se sentent le mieux. Cette démarche est également fort rentable, ce qui est un autre avantage. L'équipe est formée de médecins, d'infirmières, d'un travailleur social, d'un aumônier, d'un pharmacien, d'une secrétaire et de nombreux bénévoles dévoués.

Il est prématuré à mon avis de tenir un vote libre à la Chambre sur cette question parce que le public, qui motive le vote, n'est pas, dans la plupart des cas, bien informé et ne connaît pas le sens des termes. Par exemple, Elly, que je considère comme une personne bien informée, pensait que l'euthanasie faisait partie des soins palliatifs. De nombreuses personnes aussi ne connaissent pas la situation qui existe en Hollande.

Les soins palliatifs sont considérés comme un traitement compatissant et efficace; toutefois, ils ne sont pas offerts de manière universelle. Si les gens ne font pas confiance à leurs médecins maintenant, leur feront-ils davantage confiance si nous donnons à ces derniers le pouvoir de tuer?

Mme Englefield: Non. La confiance sera perdue à jamais et la crainte de mourir s'intensifiera. Les personnes atteintes de maladies terminales ont besoin de bons soins palliatifs. Elles ont besoin de savoir que leur douleur sera contrôlée, qu'elles pourront compter sur une équipe compatissante de professionnels qui les aidera à mourir naturellement.

Le révérend John Horgan, président, Comité d'éthique, Catholic Health Association of British Columbia: Je suis très heureux d'avoir l'occasion de témoigner devant le comité ce soir au nom de notre association. Nous sommes une organisation catholique provinciale dont la mission consiste à témoigner du ministère et de la présence constante de Jésus-Christ dans les services de santé catholiques de notre province. Inspirée par les Évangiles, l'Association estime que toute personne doit jouir d'une bonne santé pour exploiter à fond ses possibilités.

Depuis 1940, notre organisation joue un rôle actif aux chapitres de la direction, de l'association avec d'autres organismes, de la constitution d'un réseau d'entraide, de la consultation et de l'éducation; elle organise des ateliers, assure le perfectionnement professionnel, et veille à ce que les services de santé soient de qualité et intègrent des valeurs morales. Le premier principe de notre énoncé de mission vise à promouvoir le respect de la dignité inhérente à chaque personne et le devoir d'honorer l'expérience unique de son avis, la maladie et la mort. C'est pour cette raison que nous nous opposons à la légalisation de l'euthanasie ou du suicide assisté au Canada.

[Texte]

Our association is made up of 14 member facilities, providing a total of 2,884 beds in this province with an extraordinary outreach into the community as well.

Throughout the 20 centuries of its existence, the Catholic church has been at the forefront of compassionate, comprehensive and medically professional health care for the sick and the dying. Indeed, the modern hospice and palliative care movement which we are speaking about in these hearings finds its origin in the hospices founded by various religious orders over the centuries, who recognized that symptom control and pain management was but the beginning of care, and that healing is possible even when cure is not for our patients.

We speak to the issue of euthanasia because it focuses on some of the fundamental aspects of the provision of health care: the relief of suffering, the elimination of pain, the promotion of well-being and of physical life.

The brief we have submitted speaks to what we have done in the past and what we hope to do in the future, both in terms of our ethical principles and imperatives and the practical applications that we have made here in British Columbia. We believe that our hospitals represent a unique experience in a pluralistic and culturally diverse society, and in this pluralistic and culturally diverse society the Catholic church, through its health care facilities, has been able to adapt and continue to provide health care in the face of many changes, both in our population and its needs. I pointed out three in the brief: AIDS, palliative care and geriatric rehabilitation.

In this province, the Sisters of Providence, who own and operate both St. Paul's Hospital in Vancouver and St. Mary's Hospital in New Westminster, have been in the forefront of not only compassionate care, but also research into AIDS. The leadership of the Sisters and of St. Paul's Hospital, in particular, in this regard, is recognized not only throughout Canada, but internationally. On average, we have 25 inpatients per day in our HIV program. Often, that number goes as high as 40 on any given patient day. We see approximately 2,000 patients a month through our clinics and our outpatient services, and hospital staff people are also involved in other community works and in the provision of health care in our catchment area. Those figures, however, are unavailable to me at this time.

St. Paul's is both a community-centred hospital and a tertiary-care facility in terms of its services. St. Paul's also has an extraordinary palliative care unit which operates with 15 beds. Fifty per cent of the cost of these beds is funded for HIV patients. The other beds are for cancer patients and patients suffering from other diseases, not only in terminal phase, but also for the chronically ill. These respite beds allow patients to have very good medical care and comfort. As well, they provide a period of rest of relaxation for family members and other primary care-givers in the community.

Our palliative care units strive for symptom control and pain management, but we do not do this alone. Rather, we seek to provide psychological, social and spiritual support of all kinds. It is true that, at times, in our hospitals and facilities we meet with

[Translation]

Notre association se compose de représentants de 14 établissements de santé qui comptent 2 884 lits dans la province, et qui offrent aussi d'excellents services de santé communautaires.

Tout au long de ses vingt siècles d'existence, l'Église catholique a été au premier rang quand il a fallu dispenser aux malades et aux mourants des soins complets, professionnels et empreints de compassion. En fait, ce sont les hospices fondés par les ordres religieux au fil des décennies qui sont à l'origine des hospices et des soins palliatifs modernes. Ces religieux ont reconnu que le contrôle des symptômes et de la douleur ne sont que les premières étapes du processus, et qu'on peut apaiser les malades même quand il est impossible de les guérir.

Nous vous parlons ce soir de l'euthanasie parce qu'elle touche certains des aspects les plus fondamentaux des soins de santé: l'apaisement de la souffrance, l'élimination de la douleur, la promotion du bien-être et de la vie physique.

Le mémoire que nous vous avons soumis décrit nos réalisations passées et nos objectifs futurs, nos principes et impératifs éthiques, les services offerts dans la province. Nos hôpitaux constituent une expérience unique dans une société pluraliste qui se caractérise par sa diversité culturelle. C'est dans cette société que l'Église catholique, grâce à ses établissements de soins de santé, a été en mesure de s'adapter et de continuer à dispenser des soins de santé compte tenu des nombreux changements sociaux qui ont pris place. J'ai mentionné dans le mémoire trois domaines dans lesquels nous sommes actifs: les soins dispensés aux sidéens, les soins palliatifs et la réadaptation gériatrique.

Dans la province, les Soeurs de la Providence, qui exploitent l'hôpital St. Paul's à Vancouver et l'hôpital St. Mary's à New Westminster, ont été à l'avant-garde des programmes de soins compatissants offerts aux sidéens, et des recherches effectuées sur le sida. Le leadership des Soeurs de la Providence et de l'hôpital St. Paul's en particulier, est reconnu non seulement au Canada mais à l'échelle internationale. Nous soignons en moyenne 25 malades hospitalisés par jour dans le cadre de notre programme VIH. Souvent, il nous arrive d'en soigner jusqu'à 40 par jour. Nous accueillons environ 2 000 patients par mois dans nos cliniques et nos services de consultation externe. Le personnel de l'hôpital effectue également du travail communautaire et dispense des soins dans notre zone de recrutement. Il m'est impossible pour l'instant de vous fournir des chiffres à ce sujet.

L'hôpital St. Paul's est non seulement un établissement de soins de santé communautaire, mais également un hôpital de soins tertiaires. Il dispose d'une excellente unité de soins palliatifs qui compte 15 lits. Cinquante pour cent de ces lits sont destinés aux patients porteurs du virus VIH. Les autres lits sont destinés aux patients atteints de cancer, et aux patients qui souffrent de maladies terminales et chroniques. Ces services de relève permettent aux patients de recevoir d'excellents soins, dans le confort. Les familles de même que les principaux aidants naturels peuvent également les utiliser pour se reposer.

Nos unités de soins palliatifs cherchent avant tout à contrôler les symptômes et la douleur, mais nous ne pouvons y parvenir seuls. Nous essayons de fournir un appui psychologique, social et spirituel à nos patients. Il est vrai que nos hôpitaux et nos

[Text]

requests for euthanasia. These occur most often at the time of diagnosis or entrance into hospital, and these requests are usually expressive of a patient's fears. These fears are two-fold: Firstly, that the patient will live and die in pain; and, secondly, that the patient will die spiritually alone. We take those requests for euthanasia very seriously, because we recognize them as being cries for help and support.

You have already heard figures reported with regard to pain control. Anywhere from 91 to 98 per cent of all pain is controlled. As much as possible, we seek to allow for pain control and promote pain control that gives to a patient the autonomy to make choices, to interact with family members, and to be conscious as much as possible. At the same time, we address the emotional needs of the patient. Addressing these emotional needs, in addition to pain control and symptom management, is what causes requests for euthanasia or queries about euthanasia to disappear entirely.

In our palliative care, we are innovative, inasmuch as we see palliative care as a partner alongside curative management. Our work in palliative care throughout the country has taught us a great deal as health care providers, medical professionals and other team members. The work of palliative care has been tremendously instructive for the nation as a whole.

I wish to refer to and credit the work of Father Robert Spitzer, a noted ethicist from the United States, in speaking about what we do during the last six months of a patient's life. Proponents of active euthanasia hold that the last six months of life will be intolerable, and the control of pain will likely be extremely costly and unsatisfactory. Our experience teaches us that this is false, not only because of the information regarding pain control that you have already heard, but also because those final six months, or the final period of life, can be an extraordinary period respecting the creation of a new attitude towards suffering.

Pain is always bad. It is symptomatic of an underlying pathology, but pain can be transformed. The word "suffering" has always had the meaning of significance to what is endured. Our view of suffering is derived from our view of the quality and the purpose of life, and it is that which we try to restore to our patients by compassionate care. Compassion, which of course means "to suffer with", civilizes the caregiver, the patient, and the family.

In the last few years, the health care professions have recognized that our patient is the family. We are treating the human society in which that patient has lived and moved and breathed, not only blood family members, but significant others. One of the great gifts of palliative care is that the needs of those units of society are addressed and, to the best of our abilities, met.

[Traduction]

établissements reçoivent à l'occasion des demandes d'euthanasie, qui sont le plus souvent présentées au moment du prononcé du diagnostic ou de l'entrée à l'hôpital. Elles témoignent habituellement des craintes que ressent un patient. Ces craintes sont de deux ordres: d'abord, que le patient vivra et mourra dans la douleur; deuxièmement, qu'à sa mort, le patient sera seul sur le plan spirituel. Ces demandes d'euthanasie, nous les prenons très au sérieux parce que nous les considérons comme un appel à l'aide.

Vous avez déjà reçu des chiffres pour ce qui est du contrôle de la douleur. La douleur peut être maîtrisée dans 91 à 98 p. 100 des cas. Nous cherchons, dans la mesure du possible, à apaiser la douleur d'un patient afin de lui donner l'autonomie dont il a besoin pour faire des choix, discuter avec les membres de sa famille, demeurer le plus longtemps conscient. Au même moment, nous cherchons à satisfaire ses besoins affectifs. Ces besoins, l'apaisement de la douleur et le contrôle des symptômes sont à l'origine des demandes d'euthanasie ou des demandes de renseignement sur l'euthanasie que nous recevons.

Notre programme de soins palliatifs est innovateur puisque nous considérons les soins palliatifs comme le complément des soins curatifs. Les recherches que nous avons effectuées dans le domaine des soins palliatifs à l'échelle du pays nous a permis d'en apprendre beaucoup plus sur les aidants naturels, les professionnels de la santé et les autres travailleurs. Ces recherches ont été fort instructives pour l'ensemble du pays.

J'aimerais souligner le travail effectué par le père Robert Spitzer, un éminent éthicien des États-Unis, et vous parler des soins que l'on dispense à un patient dans les six derniers mois de son existence. Les partisans de l'euthanasie active soutiennent que les six derniers mois de la vie d'un patient sont intolérables, que les traitements dispensés en vue d'apaiser sa douleur risquent d'être fort coûteux et peu satisfaisants. Notre expérience nous prouve le contraire, non seulement en raison de ce que vous avez déjà appris au sujet du contrôle de la douleur, mais aussi parce que les six derniers mois de la vie d'un patient peuvent constituer pour eux une période extraordinaire. Ils peuvent en effet, au cours de cette période, acquérir une nouvelle attitude vis-à-vis de la souffrance.

La douleur est toujours difficile à supporter. Elle est symptomatique d'un état pathologique sous-jacent, mais elle peut être transformée. Le mot «souffrance» caractérise depuis toujours la douleur que nous endurons. L'idée que nous nous faisons de la souffrance vient de la perception que nous avons de la qualité et de l'utilité de la vie; c'est ce sentiment que nous essayons de transmettre à nos patients en leur prodiguant des soins empreints de compassion. La compassion, qui signifie bien entendu «souffrir avec», humanise l'aidant naturel, le patient, la famille.

Au cours des dernières années, les travailleurs de la santé ont reconnu que notre patient, c'est la famille. Nous soignons la société humaine dans laquelle le patient a vécu et évolué, non pas seulement les parents par le sang, mais également les proches. Les soins palliatifs ont ceci de merveilleux qu'ils visent à satisfaire de la meilleure façon possible les besoins de ces personnes.

[Texte]

During the last six months of life, we find that our patients often reassess and realign hope. Hope is often restructured. It is no longer hope for cure, but there is hope that one might see and enjoy loved ones. There is the possibility of resolution, reconciliation and the experience of forgiveness in the circle of loved acquaintances. There is the opportunity for new manifestations of care, compassion, and affection for the dying. This is what the dying person receives from the care-givers and loved ones. The care-givers — and I speak as a professional — receive immensely from our patients and our families.

Palliative care can only be provided through the work of an extensive team, a team that involves professional services and volunteers. I want to note — as I am sure the B.C. Hospice/Palliative Care Society will in its presentation — the role of volunteers from communities who enter into care for the patients. In Vancouver, we have an integrated educational program for our volunteers, thus volunteers for St. Paul's Hospital, the Vancouver Health Department, people who work in home care, the Vancouver Health Sciences Centre, and the former Vancouver General Hospital are trained together.

At St. Mary's Hospital — where we also have an extraordinary palliative care unit — a bill of rights for patients has been prepared, which you will find in the written brief. That bill of rights flows from the Catholic identity of the institution and from its conscience. It recognizes that in a mission-driven organization and facility, as Catholic hospitals are, patient consent does not end with the signing of forms on admission, but patient autonomy and involvement in the care program is a constant element of the provision of care and of our respect for the unique and irrefutable dignity of the individual person.

I hope that our brief, combined with your questions, will inform you of some of the principles we use, principles that guide our delivery of health care not only with respect to palliative care, AIDS, and geriatric rehabilitation, but also in the critical care decisions that are part of our everyday life.

As you will hear tomorrow in the presentation to be made by Archbishop Exner, the Catholic church, over its 20 centuries of experience, has developed a language with regard to intention, motivation, and means which helps us steer a path through worst-case scenarios, a language applicable by non-Catholic health care providers in our facilities. It has been successful.

You have heard a great deal about worst-case scenarios regarding the suffering of the terminally ill. Worst-case scenarios teach us a great deal, but I believe they are not a sufficient basis for the creation of law. Rather, they are often at the root of the worst kind of social and moral engineering.

[Translation]

Au cours des six derniers mois de leur existence, nos patients voient souvent l'espoir sous un jour nouveau. L'espoir prend souvent une nouvelle forme. Ce n'est plus l'espoir de guérir qui les anime, mais plutôt l'espoir de revoir leurs bien-aimés, de passer du temps avec eux. C'est pour eux le temps de la réconciliation, du pardon. Quand aux bien-aimés, c'est l'occasion pour eux de manifester leur amour, leur compassion, leur affection. C'est le genre de soins que reçoit la personne mourante des aidants naturels et des bien-aimés. Les aidants naturels (et je parle en tant que professionnel) reçoivent beaucoup de nos patients et de nos familles.

Les soins palliatifs peuvent uniquement dispensés par l'entremise d'une équipe composée à la fois de professionnels et de bénévoles. Je tiens à souligner (et je suis sûr que la B.C. Hospice/Palliative Care Society fera la même chose dans son mémoire) le travail des bénévoles qui s'occupent des patients. À Vancouver, nous disposons d'un programme de formation intégré pour les bénévoles. Ainsi les bénévoles au service de l'hôpital St. Paul's, du ministère de la Santé de Vancouver, ceux qui travaillent à domicile, du Centre des sciences de la santé de Vancouver, et de l'ancien Hôpital général de Vancouver, suivent ensemble leur formation.

À l'hôpital St. Mary's (où il existe une excellente unité de soins palliatifs) une déclaration des droits des patients a été préparée. Elle est annexée au mémoire. Cette déclaration découle de l'identité catholique de l'établissement, de sa conscience. Elle reconnaît que, dans une organisation et un établissement qui est animé d'une mission, comme le sont les hôpitaux catholiques, le consentement du patient ne se termine pas au moment de la signature des formulaires d'inscription. L'autonomie et la participation du patient au programme de traitement fait partie intégrante des soins que nous lui prodiguons et du respect qu'inspire la dignité unique et indéniable de cette personne.

J'espère que notre mémoire ainsi que les questions que vous voudrez bien nous poser vous renseigneront sur certains des principes qui servent à orienter non seulement les soins de santé que nous offrons non seulement en ce qui concerne les soins palliatifs, le sida et la réadaptation gériatrique, mais aussi les décisions cruciales que nous devons prendre en matière de soin et qui sont notre lot de tous les jours.

Comme vous le dira demain l'archevêque Exner dans le cadre de son exposé, l'Église catholique, tout au long des 20 siècles de son existence, s'est donné en ce qui a trait à l'intention, la motivation et les moyens, un langage qui nous aide à nous frayer un chemin à travers les pires hypothèses, un langage que sont en mesure d'utiliser les dispensateurs de soins de santé non catholiques oeuvrant dans nos installations. Il a remporté du succès.

Vous avez beaucoup entendu parler des pires hypothèses en ce qui concerne la souffrance du malade en phase terminale. Les scénarios de la pire éventualité nous font tirer beaucoup d'enseignements, mais ne suffisent pas, à mon avis, à façonner des lois. Au contraire, ils posent souvent les fondements des pires machinations sociales et morales.

[Text]

I invite you to look to the experience of 21,750 Catholic health care facilities, which operate in the world today, to see how the principles of health care management, pain control and decisions with regard to critical care treatment and therapies are being made. We have a unique contribution to make in this regard. We do not believe that you have to be Catholic or Christian to oppose euthanasia or assisted suicide. You simply have to have a belief in humanity.

Senator Beaudoin: The other day I was reading *Les Mémoires de l'abbé Pierre*, and he said that he was against therapeutic harassment. What is your view of the question of the withdrawal of apparatus in some cases and the refusal of treatment. Personally, I have no problem with that, and I think that has always been the point of view of many religious confessions.

Mr. Horgan: Yes.

Senator Beaudoin: Is it the case?

Mr. Horgan: Yes, it is the case in the Catholic church that therapies which have begun but which are futile or which are overly burdensome for a patient may cease. As well, we find that we use criteria in our critical care areas with respect to ventilators and other machinery in the case of brain death, for instance, when death is imminent and when the continued use of such support systems is actually harmful to the body as a whole. Therefore, yes, criteria are used in our institutions for the withdrawal of futile and burdensome treatment.

With regard to a patient's right to refuse medical treatment, we make a distinction between treatment which is ordinary and treatment which is extraordinary. There is not, in law, an absolute right to refuse medical treatment. At least, we have not seen this with respect to the courts. When a patient is presented with a care plan or a therapy plan, we try to assess, in light of the patient's life and strengths, how that patient will be able to live with this treatment. It may involve surgery, dialysis, or other commitments, and the treatment may be repugnant to the patient, in which case that treatment is not forced on the person at all.

You will hear tomorrow the suggestion, which is already in Archbishop Exner's brief, that there may be certain guidelines given with respect to the right to refuse medical treatment. For example, this right would include treatment that is futile or excessively burdensome to the patient, and, also, that such a refusal should be subject to reasonable limits for the protection of society. For example, if someone is suffering from a contagious disease and is a public menace, an absolute right to refuse treatment would be irresponsible to society as a whole. If the rights of some become the obligations of others, they must be weighed in our system of justice. We also do not believe that a patient's right to refuse treatment entails or involves a right to suicide by omission.

[Traduction]

Je vous invite à vous tourner vers l'expérience de 21 750 établissements de santé catholiques de par le monde aujourd'hui afin de voir comment sont formulés les principes en matière de gestion des soins de santé et de maîtrise de la douleur ainsi que les décisions en ce qui a trait aux traitements et aux thérapies dans le cas des soins critiques. Nous avons une contribution unique à faire à cet égard. Nous ne croyons pas qu'il faut être Catholique ou Chrétien pour s'opposer à l'euthanasie ou au suicide assisté. Il suffit simplement de croire en l'humanité.

Le sénateur Beaudoin: Je lisais l'autre jour *Les Mémoires de l'abbé Pierre* dans lesquels il déclare être contre l'acharnement thérapeutique. Que pensez-vous du débranchement d'appareils dans certains cas et du refus de traitement. En ce qui me concerne, je n'y vois pas d'inconvénient et je crois que ce point de vue a toujours été partagé par beaucoup de confessions religieuses.

M. Horgan: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Est-ce le cas?

M. Horgan: Oui, l'Église catholique est d'avis que l'on peut mettre fin aux thérapies qui ont été entreprises mais qui sont inutiles ou qui sont trop pénibles pour un malade. De même, nous constatons que nous appliquons des critères dans nos services de soins critiques pour ce qui est des respirateurs et d'autres appareils dans le cas de mort cérébrale, par exemple, lorsque la mort est imminente et que le maintien de tels systèmes d'assistance cardiorespiratoire présentent un danger pour l'organisme dans son ensemble. Ainsi, nos institutions utilisent bel et bien des critères en ce qui concerne la cessation d'un traitement inutile et pénible.

Pour ce qui est du droit du malade à refuser un traitement médical, nous établissons une distinction entre un traitement qui est ordinaire et un traitement qui est extraordinaire. Légalement, il n'existe aucun droit absolu de refuser un traitement médical. Du moins, nous n'en n'avons aucun exemple en ce qui concerne les tribunaux. Lorsque nous présentons à un malade un plan de soins ou de thérapies, nous essayons de déterminer, compte tenu de la vie et de la robustesse du malade, dans quelle mesure celui-ci pourra vivre grâce à ce traitement. Le plan peut comporter de la chirurgie, de la dialyse ou d'autres engagements de la part du malade et il se peut qu'il lui inspire de la répugnance auquel cas il n'est pas imposé.

Vous entendrez demain la suggestion, qui figure déjà dans le mémoire de l'archevêque Exner, selon laquelle certaines lignes directrices existent peut-être en ce qui a trait au droit du malade de refuser un traitement médical. Par exemple, ce droit inclurait un traitement inutile ou très pénible pour le malade et préciserait aussi qu'un tel refus se verrait imposer des limites raisonnables au nom de la protection de la société. Par exemple, dans le cas d'une personne ayant une maladie contagieuse et qui constitue une menace pour autrui, le droit absolu de refuser le traitement serait irresponsable envers la société dans son ensemble. Si les droits des uns deviennent les obligations des autres, il faut les mettre en balance dans notre système de justice. De plus, nous ne croyons pas que le droit d'un patient de refuser le traitement entraîne ou comporte un droit au suicide par omission.

[Texte]

Senator Beaudoin: That was my second question.

You make a distinction of substance between the right to refuse and assisted suicide.

Mr. Horgan: Yes.

Senator Beaudoin: What was the expression you used — «omission»?

Mr. Horgan: I said, «a right to suicide by omission,» omission that is ordinary and proper given that particular case, and not overtly burdensome.

Senator Beaudoin: Is it always the question of passive and active distinction?

Mr. Horgan: No, it is not. It is with regard to intention.

Senator Beaudoin: Is it based on the intention of the act?

Mr. Horgan: Yes. «Do I intend to bring about death? Do I intend to kill myself, to allow myself to be killed?» That is a positive intention as opposed to, «Am I allowing nature to take its natural course in this regard, because the burdens imposed on me by a particular treatment are overwhelming and the hold on life that I would have as a result of this treatment is tenuous?»

Senator Beaudoin: Do you use that same reasoning, direct and indirect, with respect to a dose of morphine?

Mr. Horgan: Yes. In Catholic theology there is the so-called principle of double effect. This implies that one can take a course of action which is intended to result in a good end, but which has a foreseen but undesired negative effect. For example, the provision of morphine might involve the depression of respiration, and, so, as a secondary effect, it hastens the onset of death, but the primary motivation in giving the analgesic is the control of pain. In these cases, professional standards are used to ensure that the patient is not «snowed», as it is sometimes referred to.

The Chairman: How do you treat possible refusal of dialysis?

Mr. Horgan: Non-Catholic ethicists, as well as Catholic ethicists, find dialysis to be a particular case because of the lifestyle commitments and restrictions involved in following through with the program. We always use the best available medical information as a basis for our ethical determinations or assessments. We look first to the physicians to tell us if this person can continue on a dialysis program, or if this person is a good candidate for dialysis, or if they will be able to fulfil what is required. In a particular case, a dialysis program may not be possible, and a refusal then would be the act of a very competent person knowing that he or she is unable to fulfil the demands of dialysis. Such matters would be considered in the assessment of such a situation.

Ms Brigitte Campion, Ethicist Consultant, Catholic Health Association of Canada: You must occasionally take into account how far are you willing to go to deliver the treatment. If an adult refuses, what are you going to do? A treatment that appears to be very ordinary may become quite complex once you begin to say, «Well, if someone does not want to take her insulin,

[Translation]

Le sénateur Beaudoin: C'est ma deuxième question.

Vous établissez une distinction de fond entre le droit de refuser et le suicide assisté.

M. Horgan: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Quelle expression avez-vous utilisée, «omission»?

M. Horgan: J'ai dit, «un droit au suicide par omission,» une omission qui est ordinaire et appropriée étant donné ce cas particulier et qui n'est pas trop pénible.

Le sénateur Beaudoin: On revient toujours à la question de l'euthanasie passive et active?

M. Horgan: Non, ce n'est pas le cas. Cela concerne l'intention.

Le sénateur Beaudoin: L'intention du geste?

M. Horgan: Oui. «Ai-je l'intention de provoquer la mort? Ai-je l'intention de me tuer moi-même, de permettre qu'on me tue?» Il s'agit là d'une intention positive par opposition à: «Est-ce que je laisse la nature suivre son cours à cet égard étant donné la lourdeur du fardeau que m'impose un traitement particulier et la précarité de l'existence que je mènerais par la suite?»

Le sénateur Beaudoin: Reprenez-vous le même raisonnement, direct et indirect, en ce qui concerne une dose de morphine?

M. Horgan: Oui. Dans la théologie catholique, il y a ce qu'on appelle le principe du double effet. Cela signifie que l'on peut adopter une ligne de conduite qui doit entraîner un résultat positif qui comporte un effet négatif prévu mais non désiré. Par exemple, l'injection de morphine pourrait entraîner une diminution de la respiration et, avoir pour effet secondaire de précipiter le décès; toutefois, l'analgesique est avant tout donné pour soulager la douleur. Dans ces cas, on applique des normes professionnelles pour faire en sorte que le patient ne soit pas «drogué», comme on le dit parfois.

La présidente: Comment réagissez-vous au refus possible de la dialyse?

M. Horgan: Les éthiciens non catholiques, à l'instar des éthiciens catholiques, considèrent la dialyse comme un cas particulier étant donné les engagements et les restrictions en ce qui a trait au mode de vie que ce traitement entraîne. Nous nous référons toujours à la meilleure information médicale disponible pour étayer nos décisions ou nos évaluations éthiques. Nous nous tournons d'abord vers les médecins pour savoir si cette personne peut poursuivre un programme de dialyse ou si elle est un bon candidat pour la dialyse ou encore si elle pourra satisfaire aux exigences. Dans un cas particulier, il se peut qu'un programme de dialyse soit hors de propos; un refus constituerait alors le geste d'une personne très saine d'esprit qui sait qu'elle ne peut satisfaire aux exigences de la dialyse. Il serait tenu compte de ces questions dans l'évaluation d'une situation de ce genre.

Mme Brigitte Campion, consultante en éthique, Catholic Health Association of Canada: Vous devez de temps à autre vous demander jusqu'où vous voulez aller dans la prescription d'un traitement. Dans le cas du refus d'un adulte, qu'allons-nous faire? Il se peut qu'un traitement qui semble très ordinaire devienne très complexe lorsque vous commencez à vous dire: «Si

[Text]

are we going to tie her down with four-point restraints and deliver the needle three times a day?"

The Chairman: Because that could be judged an assault.

Ms Campion: Yes, it could be, certainly. That is touching the competent person, without consent. That is a consideration.

Senator Lavoie-Roux: You mentioned statistics with respect to pain relief — the 95 or 98 per cent of cases that respond to pain relief. We are concerned about the 2 to 5 per cent who do not respond to the pain relief.

Mr. Horgan: But within that 2 per cent, we must examine very carefully what we mean when we say that the pain is not controlled in that patient. Are we saying that the pain cannot be controlled, or are we saying that the pain does not reach the level the patient considers to be manageable? That level of management may be influenced by various psychosocial and emotional factors that we can work on. Thus, even with the 2 per cent figure, one has to ask if individuals represented by that figure are in physical or physiological pain.

We are advancing day by day in terms of pain control. It has been suggested by many that physicians and nurses outside palliative care do not have an adequate knowledge of available pain protocols. In 1989, Russell Portnoy published a study in a cancer journal. He found that between 50 and 75 per cent of cancer patients were under-treated by cancer specialists for pain. There is a tremendous amount of ongoing education and research. My wording was to suggest that from that 2 per cent we are learning more and more each day in order to provide further pain control.

Senator Lavoie-Roux: Dignity of the person is a basic principle that you respect very strongly. You used more complex vocabulary. One objection or argument we have heard from people who want euthanasia is that individuals come to a point where their dignity is no longer respected; there is a loss of self-value. How do you refute this argument?

Mr. Horgan: Here again, one must look at the individual case and person. Since the individual person must always be the basis of our care plan and our response — again following Father Spitzer — I believe that there are five endangered groups in the discussion on euthanasia.

The first group is those who suffer from low self-esteem which, according to other reports, amounts to 20 per cent of the total population in North America.

Senator Lavoie-Roux: I am not surprised.

[Traduction]

quelqu'un refuse de prendre son insuline, allons-nous l'attacher sur un lit pour lui donner son injection trois fois par jour?»

La présidente: Parce que cela serait considéré comme un assaut.

Mme Campion: Oui, cela pourrait bien être le cas. Vous touchez la personne saine d'esprit, sans son consentement. Il s'agit là d'un point dont il faut tenir compte.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous avez cité des chiffres en ce qui a trait au soulagement de la douleur, les 95 ou 98 p. 100 de personnes qui réagissent à un traitement pour soulager la douleur. Nous nous interrogeons au sujet des 2 à 5 p. 100 pour qui ce n'est pas le cas.

M. Horgan: Mais à l'intérieur de ces 2 p. 100, nous devons bien réfléchir sur ce que nous entendons lorsque nous disons que la douleur n'est pas soulagée chez ce patient. Disons-nous alors que la douleur ne peut être soulagée ou que la douleur n'atteint pas le niveau que le patient considère gérable? Divers facteurs psychosociaux et émotifs sur lesquels nous pouvons travailler influencent ce niveau de gestion. Ainsi, même compte tenu de ces 2 p. 100, il faut se demander si les personnes en cause souffrent d'une douleur physique ou physiologique.

Jour après jour, nous découvrons de nouvelles façons de soulager la douleur. Nombreux sont ceux qui soutiennent que les médecins et les infirmières qui ne travaillent pas en médecine palliative ont une connaissance insuffisante des protocoles de soulagement de la douleur disponibles. En 1989, Russell Portnoy a publié une étude dans un journal consacré au cancer. Il a découvert que dans 50 à 75 p. 100 des cas, les spécialistes du cancer ne donnaient pas ce qu'il faut à leurs malades pour soulager leurs douleurs. L'activité est fébrile en ce qui a trait à l'apprentissage et à la recherche. J'ai voulu dire en tenant ces propos que ces 2 p. 100 nous permettent d'en apprendre davantage tous les jours dans notre quête d'un meilleur soulagement de la douleur.

Le sénateur Lavoie-Roux: La dignité de la personne est un principe fondamental que vous respectez beaucoup. Vous recourez à un vocabulaire plus complexe. Les gens qui sont en faveur de l'euthanasie ont fait valoir l'objection ou l'argument voulant que les personnes en arrivent au point où leur dignité n'est plus respectée; qu'il y a une perte de l'estime de soi. Comment réfutez-vous cet argument?

M. Horgan: Une fois de plus, il faut tenir compte du cas particulier et de la personne. Comme il nous faut toujours tenir compte de la personne dans notre plan de soin et dans notre réaction (une fois de plus pour reprendre ce qu'a dit le Père Spitzer) je crois que cinq groupes menacés sont en cause lorsqu'il est question d'euthanasie.

Je place dans le premier groupe ceux qui ont peu d'amour propre et qui, selon d'autres rapports, représentent jusqu'à 20 p. 100 de la population totale en Amérique du nord.

Le sénateur Lavoie-Roux: Cela ne me surprend pas.

[Texte]

Mr. Horgan: Yes. A second group would be those with reversible depression, the type of depression that Elisabeth Kübler-Ross speaks of in her work and research, *On Death and Dying*. Then you have those who suffer from clinical depression.

Another group would be those who have a hero/heroine complex: "I do not want to be an inconvenience to anyone or a burden to anyone." This is a noble thought, but it can also be a thought which estranges one from society. We have seen that kind of isolation in the Sue Rodriguez case, an isolation from society as a whole, beginning with her own family.

Finally, one looks at the economically marginalized and their response with respect to dignity. The Catholic tradition is that there is a twofold dignity to the human person. The first is inalienable. It is the dignity of the human person as a human being, and it is a gift to us from the Creator. This is not diminished either by age, by infirmity or by accident.

In another context, Dame Cecilia Saunders said, in addressing patients in St. Christopher's Hospice, "You matter because you are. You matter as long as you live, and you matter always to us." I appended her remarks in a memorial service I conducted for the benefit of palliative care providers. Those words come out of a secular hospice philosophy, but they are very much also at the forefront of Catholic philosophy.

The second dignity of the human person is the dignity we gain by our moral choices, by the stewardship we have of our lives, by our activity, and that may be greater or lesser according to our likes and behaviour. If we can help the sick and the dying to rediscover that inalienable dignity, a dignity which I would submit is discovered only through the experience of human society and only through other human beings, then we have truly engaged ourselves in the commitment of health care that we claim is ours as part of the mission.

Senator Corbin: This committee is under not what I would call undue pressure, but a terrific amount of pressure from the AIDS community to come forward with a formula that would legalize assisted suicide. That is publicly known. It was repeated here today by a number of witnesses.

You stated at the outset that you care for 20 and sometimes 40 AIDS patients per day.

Mr. Horgan: Yes.

Senator Corbin: I gathered from the testimony heard this afternoon that somehow they are irrevocably moving towards the suicide solution and that there is, for a majority or a vast number of them, no other solution. What has been your experience with these people? How can you pull them out of this temptation for utter destruction and instill in them some sense of the value of their lives in society as a whole?

[Translation]

M. Horgan: Oui. Un second groupe comporterait ceux qui souffrent d'une dépression réversible, le genre de dépression dont parle Elisabeth Kübler-Ross dans son ouvrage et sa recherche intitulé: *On Death and Dying*. Puis vous avez ceux qui souffrent de dépression clinique.

Vous avez ensuite ceux qui souffrent du complexe du héros ou de l'héroïne: «Je ne veux être un obstacle ni une charge pour personne.» Il s'agit là d'une noble pensée qui peut toutefois éloigner quelqu'un de la société. Nous avons été témoin de ce genre de repli sur soi dans le cas de Sue Rodriguez, qui s'est isolée de la société dans son ensemble, à commencer par sa propre famille.

Enfin, on se penche sur les personnes économiquement marginalisées ainsi que sur leur réaction au respect à la dignité. De par la tradition catholique, la dignité de la personne humaine comporte deux volets. Elle est d'une part est inaliénable. Il s'agit de la dignité de la personne humaine en tant qu'être humain; il s'agit d'un cadeau du Créateur. Celle-ci n'est diminuée ni par l'âge, ni par une infirmité ni par un accident.

Dans un autre contexte, Dame Cecilia Saunders a déclaré, en s'adressant à des malades de l'hospice Saint-Christophe: «Nous nous préoccupons de vous parce que vous existez. Nous nous préoccupons de vous toute votre vie et nous ne cesserons jamais de nous préoccuper de vous.» J'ai ajouté ses remarques à un service commémoratif que j'ai célébré à l'intention des dispensateurs de soins palliatifs. Ces propos s'intègrent dans la philosophie d'un hospice laïque, mais ils ont tout aussi bien leur place au premier rang de la philosophie catholique.

La seconde dignité de la personne humaine c'est celle que nous acquérons par nos choix moraux, par le rôle de gardien que nous exerçons sur nos vies, par notre activité et cela peut plus ou moins se faire selon notre bon vouloir et notre comportement. Si nous pouvons aider le malade et le mourant à redécouvrir cette dignité inaliénable, une dignité qui, je dirais, ne se découvre que par l'expérience de la société humaine et par l'entremise d'autres êtres humains, alors nous nous engageons vraiment dans la prestation de soins de santé que prétendons la nôtre dans le cadre de la mission.

Le sénateur Corbin: Ce comité n'est pas sous ce que j'appellerais une pression indue, mais sous la terrible pression des sidéens qui nous demandent d'en arriver à une formule qui légaliserait le suicide assisté. C'est connu du public. De nombreux témoins l'ont répété ici aujourd'hui.

Vous avez dit au début de votre exposé que vous soignez 20 et parfois 40 sidéens par jour.

M. Horgan: Oui.

Le sénateur Corbin: J'en déduis des témoignages que nous avons entendus cet après-midi que ces malades se dirigent irrévocablement vers la solution du suicide et qu'il n'y a, pour la plupart d'entre eux ou une bonne partie d'entre eux, aucune autre solution. Parlez-nous de votre expérience avec ces personnes? Comment parvenez-vous à les convaincre de ne pas se détruire et leur instillez-vous un certain sens de la valeur que représentent leurs vies pour l'ensemble de la société?

[Text]

Mr. Horgan: The threat to personal dignity that a young person suffering from a terminal disease experiences is extraordinary. Most of our AIDS patients, by the time of their death, have experienced a number of losses of significant others in their lives that is equal to what our grandparents would have experienced by the age of 85. That notion comes from a United States study published some years ago. There is an overwhelming experience of death and loss in the lives of such young people.

Our experience at St. Paul's has actually been very different. Some two or three years ago, CBC's Dr. Peter Jepson-Young — who was one of our most famous patients at St. Paul's at the time that David Lewis, an AIDS activist, was planning and providing his own suicide — spoke publicly and said that, to his knowledge, the number of suicides in the gay community and the AIDS community had practically disappeared because of the provision of palliative care at St. Paul's.

Our AIDS population is changing. We are moving in the direction of a larger number of persons living with AIDS who have contracted HIV through the use of injection drugs. We have a different social system at work here and a different experience of health care and of access to health care. I believe that this move in the disease population and the recent media barrage, because of the Sue Rodriguez case and others, may have caused this shift in attitude you have experienced in the testimony given today.

As time goes on, we find that there are new complexities in the disease that were not seen in the first years. People live long enough now because of good treatment and good prophylaxis to contract diseases that were not seen at the onset of this epidemic. Again, we have a constantly shifting medical perspective.

At the same time, though, what we strive to do with our social workers, our pastoral care department, and people working in the community is to communicate to our patients and their loved ones that sense of dignity and that sense of possibility so that they are able to make choices which allow them to live and experience happiness for as long as possible.

With respect to AIDS patients, given the complexity of the illness and the social factors, there is a global totality of pain and suffering, so we put the resources we have to the complete service of such individuals, and I, myself, have seen remarkable changes.

In our brief, we detailed one case of a young man who came to St. Paul's and was treated for some time. He ended up at death's door and experienced a religious conversion which allowed him to find, in his own suffering, a sense of purpose and a desire to enhance the dignity of the lives of others. He did this in the light of his own religious experience. That is but one case.

[Traduction]

M. Horgan: La menace à sa dignité personnelle à laquelle fait face un jeune qui souffre d'une maladie terminale est extraordinaire. La plupart des malades atteints du sida essuient jusqu'à leur mort un certain nombre de pertes importantes qui correspondent aux expériences qu'auraient vécu nos grands-parents jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 85 ans. Cette notion est tirée d'une étude qui avait été publiée aux États-Unis il y a quelques années. Ces jeunes gens vivent une expérience affligeante de mort et de perte dans leurs vies.

L'expérience que nous avons vécue à St. Paul's est en fait très différente. Il y a deux ou trois ans, M. Peter Jepson-Young de la SRC (qui a été l'un de nos malades les plus célèbres à St. Paul's au moment où David Lewis, un activiste du sida, planifiait et préparait son propre suicide) s'est prononcé publiquement et a déclaré que, à sa connaissance, qu'il n'y avait pour ainsi dire plus de suicides dans la communauté gaie et dans la communauté des sidéens en raison des soins palliatifs offerts à St. Paul's.

Notre population de sidéens évolue. Nous avons de plus en plus affaire à des personnes atteintes du sida qui contractent le VIH parce qu'ils se piquent. C'est un système social tout à fait différent qui entre en jeu ici et il en va de même en ce qui concerne les soins de santé et l'accès à ces derniers. Je crois que ce changement dans la population atteinte et le récent tapage médiatique, suite à l'affaire Rodriguez et à d'autres affaires, peut être la cause de ce changement d'attitude que vous avez constaté chez les témoins qui ont comparu aujourd'hui.

À mesure que le temps passe, nous nous rendons compte que la maladie engendre de nouvelles complications que nous ne voyions pas les premières années. Les gens vivent assez longtemps maintenant en raison des bons traitements et des bonnes mesures de prévention et attrapent des maladies que nous ne connaissions pas au début de cette épidémie. Je le répète, la perspective médicale change constamment.

En même temps, toutefois, ce que nous nous efforçons de faire par l'entremise de nos travailleurs sociaux, de notre service de pastorale et des gens qui travaillent dans la communauté, c'est de communiquer à nos malades et aux êtres qui leur sont chers ce sens de la dignité et de l'espoir pour qu'ils puissent faire des choix et vivre heureux le plus longtemps possible.

En ce qui concerne les sidéens, étant donné la complexité de la maladie et les facteurs sociaux en cause, nous devons tenir compte de la peine et la souffrance dans sa globalité; nous utilisons donc les ressources à notre disposition pour leur offrir tous ce dont ils ont besoin. J'ai moi-même constaté des changements remarquables.

Dans notre mémoire, nous exposons en détail le cas d'un jeune homme qui est venu à St. Paul's et qui a été traité pendant un certain temps. Il s'est rendu aux portes de la mort et s'est converti ce qui lui a permis de trouver, dans sa propre souffrance, un but bien précis et le désir d'accroître la dignité chez d'autres. Il l'a fait à la lumière de sa propre expérience religieuse. Il ne s'agit là que d'un seul exemple.

[Texte]

I know many PWAs who are members of the community — outpatients at St. Paul's. As I stated, we have some 2,000 outpatients visiting us each month who have found an incredible sense of dignity, purpose, value and contribution in their lives. If we continue to meet their health care needs in terms of pain care and symptom management, and allow them to live within the community for as long as possible, I think that these requests will certainly diminish. We understand them because they are the expressions of young people who are seeing their lives cut off in a most unnatural fashion and who are witnessing the death of their individual units of society.

Senator Lavoie-Roux: You said that on a daily basis you could have 40 inpatients with AIDS in your hospital?

Mr. Horgan: Yes.

Senator Lavoie-Roux: But then you talk about 2,000 visits every month.

Mr. Horgan: We can have up to 2,000 visits.

Senator Lavoie-Roux: Who are these patients?

Mr. Horgan: These are patients visiting our IDC.

Senator Lavoie-Roux: Are they only patients?

Mr. Horgan: They may be returning for daily chemotherapy or drug support.

Senator Lavoie-Roux: Though you serve them well, I thought this was a small portion of the AIDS patients in Vancouver. So, the figure is 2,000.

Mr. Horgan: We have a large AIDS care team. We have an extraordinary number of committed family practitioners in the community, experts in the field — the services of the Centre for Excellence in HIV, et cetera. It is large.

Senator Perrault: I found your presentations to be most helpful, informative and inspirational. It is good to see this effort on behalf of life. You have given us very moving testimony, and we all wish you the greatest success for the future. I have long been aware, as a British Columbian, of the great work being done at St. Paul's Hospital.

How can we extend and expand this work? There are often complaints from people in rural communities. They say, "Well, that is very nice for the big city, but we are in northern Alberta, northern B.C., and we do not have the same quality of medical care." Are efforts being made to extend this program to the rural or remote communities of our respective provinces? If not, what can we do to promote what is obviously very positive work?

Dr. Hays: The most important thing is first to get it on the curriculum in medical schools. We need to start teaching students and residents. We need to encourage postgraduate courses for physicians already in practice.

[Translation]

Je connais beaucoup de personnes ayant le sida qui vivent au sein de la communauté, ce sont des patients de la clinique externe de St. Paul's. Comme je l'ai dit, quelque 2 000 de ces malades qui nous rendent visite tous les mois ont trouvé un sens incroyable de dignité, d'utilité, de valeur et de contributions dans leurs vies. Si nous continuons à satisfaire leurs besoins en soins de santé en soulageant leurs douleurs et en soignant leurs symptômes et leur permettons de vivre dans la communauté le plus longtemps possible, je crois que ces demandes diminueront à coup sûr. Nous les comprenons parce qu'il s'agit de jeunes gens qui se voient mourir de façon peu naturelle et qui voient d'autres jeunes comme eux mourir de la même façon.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous dites qu'il peut arriver que vous ayez à soigner 40 malades hospitalisés ayant le sida?

M. Horgan: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous parlez ensuite de quelque 2 000 visites tous les mois?

M. Horgan: Nous avons jusqu'à 2 000 visites.

Le sénateur Lavoie-Roux: Qui sont ces patients?

M. Horgan: Ce sont les malades qui visitent notre Centre.

Le sénateur Lavoie-Roux: S'agit-il seulement de patients?

M. Horgan: Il peut s'agir de personnes qui reviennent pour un traitement de chimiothérapie quotidien ou en cure de soutien.

Le sénateur Lavoie-Roux: Bien que vous leur donniez un très bon service, je croyais qu'ils représentaient une infime partie des sidéens à Vancouver. Ainsi, le chiffre est de 2 000.

M. Horgan: Nous avons une importante équipe de soignants pour les sidéens. Nous avons un nombre extraordinaire de spécialistes en médecine familiale engagés dans la collectivité, les services du Centre d'excellence du VIH, et ainsi de suite.

Le sénateur Perrault: Vos exposés sont à mon avis très utiles, très éclairants et très inspirants. C'est bon de voir que des efforts sont déployés au nom de la vie. Vous nous avez livré un témoignage très émouvant, et nous vous souhaitons les meilleures chances pour l'avenir. Je connais depuis longtemps, en tant que résident de la Colombie-Britannique, l'excellent travail accompli à l'hôpital St. Paul's.

Comment pouvons-nous développer cette oeuvre? La population rurale se plaint souvent de cet état de chose. On nous dit: «C'est bien, c'est très bien pour la grande ville mais nous du nord de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, nous n'avons pas droit à la même qualité de soins médicaux.» Fait-on des efforts pour étendre ce programme aux collectivités rurales ou éloignées de nos provinces respectives? Dans la négative, que pouvons-nous faire pour favoriser ce qui est de toute évidence un travail très positif?

Le docteur Hays: La chose la plus importante à faire au départ c'est d'enseigner cette discipline dans les écoles de médecine. Nous devons commencer à former les étudiants et les résidents. Nous devons encourager les médecins qui pratiquent déjà à suivre des cours.

[Text]

Many of us in palliative care already provide a huge amount of postgraduate education. There is hardly a small town in the province of Alberta that I have not visited with my team. This would not need a lot of personal effort. Our team members have to travel with me in order to take their part of the expertise of smaller communities, and the smaller communities have to find the money for this service.

Senator Perrault: And volunteers to help?

Dr. Hays: They find the money, by hook or by crook, for us to go. It would be wonderful if public policy funded this education. At the moment, if people feel that they need the education, they request our services and we put something together and take out a team. They usually ask us back in about another year, and we find they have made great strides.

Senator Perrault: Do you have a regular visitation schedule?

Dr. Hays: It would be ideal to have a regular visitation schedule and more easy access.

One of the things that has been worrisome is the triplicate prescription program. That is both good and bad. It eliminates a lot of worry about whether someone who should not be accessing strong opiate analgesics or narcotic agents, or is trading these drugs on the street. That trade actually happens, but rather infrequently, I think. That trade has meant increased pain for people due to the fact that physicians are afraid to write these prescriptions because everything is then documented.

Senator Perrault: How feasible is the extension of greater palliative care education in medical schools, in view of the uncommon zeal of the government to cut back expenses?

Dr. Hays: In a way, it may empower us to do better.

In the city of Edmonton — which is now a new region — and St. Albert, as well, the Capital Health Authority is in charge of the care. We sat down and worked on a regional plan which would cost a lot less because we would be looking after more people at home, and, hopefully, we would be doing it very well. It would not be higgledy-piggledy.

Senator Perrault: Less institutionalized?

Dr. Hays: Less institutionalized, but having proper provision of care with proper pharmacy backup and a 24-hour service.

Senator Perrault: What is our situation in the province of British Columbia? Is there a similar outreach program, Father?

Mr. Horgan: I cannot speak to that in great detail, but I can certainly tell you that physicians involved in palliative care at St. Paul's and in other facilities are also involved in continuing education programs, in services and in addresses to facilities

[Traduction]

Un grand nombre d'entre nous qui travaillons dans le domaine des soins palliatifs donnons déjà quantité de cours du niveau post-universitaire. Il n'y a pour ainsi dire pas une petite ville de la province de l'Alberta où je ne me suis pas rendu avec mon équipe. Cela n'exigerait pas beaucoup d'efforts personnels, nous nous rendons, les membres de mon équipe et moi-même dans les petites collectivités afin de partager nos connaissances. Quant à elles, elles doivent trouver l'argent pour ce service.

Le sénateur Perrault: Et les bénévoles pour aider?

Le docteur Hays: Elles trouvent l'argent par tous les moyens pour que nous nous y rendions. Ce serait merveilleux si cet enseignement était financé par des fonds publics. Pour l'instant, si les gens croient qu'ils ont besoin de l'enseignement, ils font appel à nos services et nous réunissons une équipe. Ils nous demandent habituellement de revenir environ un an après; nous nous rendons compte à ce moment qu'ils ont fait de grands progrès.

Le sénateur Perrault: Avez-vous un calendrier régulier de visite?

Le docteur Hays: Ce serait l'idéal, l'accès serait beaucoup plus facile.

L'un des problèmes auxquels nous avons dû faire face, c'est le programme d'ordonnance en trois exemplaires. Il comporte des avantages et des inconvénients. Il permet de s'inquiéter beaucoup moins de savoir si une personne qui ne devrait pas bénéficier du programme a accès à des analgésiques puissants ou des narcotiques ou en fait le commerce dans la rue. Ce commerce existe vraiment mais de façon sporadique selon moi. Des gens ont souffert encore plus de cette situation étant donné que les médecins ont peur d'écrire ces ordonnances vu que tout est alors documenté.

Le sénateur Perrault: Dans quelle mesure peut-on intensifier l'enseignement en matière de soins palliatifs dans les écoles de médecine vu le zèle peu commun que déploie le gouvernement pour comprimer les dépenses?

Le docteur Hays: D'une certaine façon, il peut nous autoriser à mieux faire.

Dans la ville d'Edmonton (qui est maintenant une nouvelle région) et à St. Albert également, le *Capital Health Authority* est en charge des soins. Nous avons mis ensemble au point un plan régional qui serait beaucoup moins coûteux vu que nous nous occuperions davantage des gens à leur domicile et nous espérons nous acquitter très bien de cette tâche. Nous ne procéderions pas n'importe comment.

Le sénateur Perrault: Moins de soins en établissement?

Le docteur Hays: Oui mais en offrant des soins appropriés avec l'aide des pharmacies et de services offerts 24 heures sur 24.

Le sénateur Perrault: Quelle est notre situation dans la province de la Colombie-Britannique? Existe-t-il un programme d'action communautaire analogue, mon père?

M. Horgan: Je ne peux pas donner trop de détails à ce sujet, mais je peux certainement vous dire que les médecins qui dispensent des soins palliatifs à l'hôpital St. Paul's et dans d'autres établissements participent aussi à des programmes de

[Texte]

spread throughout the province. As well, our AIDS care team makes such visits to bring people up to date with respect to pain control, symptom management, et cetera. Where there are no hospices located in-hospital, there are hospice interest groups and volunteers working in the community with physicians, with nursing staff, et cetera. I would say that the work of hospice education and of movement towards facilities in all areas of the province is very definitely underway.

Senator Perrault: I understand that in the Vancouver program there are volunteers from a number of other backgrounds and different churches?

Mr. Horgan: People come with religious motivations from various churches, religious affiliations and traditions. People have experienced, in the care of loved ones in our hospice palliative care units, the tremendous support and healing that this work has brought. They wish to provide. They wish to give of themselves to other families after a suitable period has passed, et cetera.

We have a remarkable diversity of people. We have many professional health care providers not involved in palliative care, but who go the extra mile by volunteering services in palliative care.

Senator Perrault: You have had good response?

Mr. Horgan: Tremendous response.

Senator Perrault: You have a great reputation with the hospital. Thank you very much.

Senator Keon: I should like to compliment this group on something that is so very important and that you have obviously done so very well.

My perception as I have sat and listened to the testimony since this committee started its hearings is that two major issues are before Canada at this point in time. The first issue is that there has not been adequate commitment on the part of government and society to palliative care. Our palliative care programs in most areas have not been adequate at all. It is important that a few people surface and demonstrate how well palliative care can work.

The second, however, is a much more serious issue. A very large body of people is convinced that palliative care cannot cover the spectrum and that there is a need for physician-assisted suicide. I believe it is physician-assisted suicide they want when the issue boils down to the bottom line. It is not euthanasia by amateurs; these people want physician-assisted suicide when the line of questioning is pursued. I have not seen signs of that going away. The convictions are very strong that there is a need for physician-assisted suicide. We have heard that from people with

[Translation]

sensibilisation, offrent des services et informent le personnel des établissements disséminés dans toute la province. De même, notre équipe de soignants pour les sidéens effectue des visites de ce genre afin de mettre les gens au courant des méthodes de lutte contre la douleur, de gestion des symptômes, et cetera. Là où il n'y a pas d'hospice à l'intérieur des hôpitaux, il y a des groupes d'intérêt et des bénévoles qui travaillent dans la collectivité avec des médecins, avec le personnel infirmier, et cetera. Je dirais que le travail qui consiste à faire connaître ce qu'est l'hospice est certainement bien entamé et que l'on voit de plus en plus d'établissements de ce genre dans toutes les régions de la province.

Le sénateur Perrault: Si je comprends bien, les bénévoles du programme de Vancouver proviennent de milieux divers et appartiennent à d'autres églises?

M. Horgan: On compte parmi eux des gens motivés au plan religieux qui sont membre d'églises, qui respectent certaines affiliations et traditions religieuses variées. C'est en s'occupant d'être chers qui se trouvaient dans les unités de soins palliatifs de notre hospice que certains se sont rendus compte de l'appui et de l'apaisement qu'ils pouvaient apporter. C'est ce qu'ils souhaitent faire. Ils souhaitent donner un peu d'eux-mêmes à d'autres familles, au bout d'un certain temps, et cetera.

La diversité des gens qui sont avec nous est remarquable. Nous avons beaucoup de dispensateurs professionnels de soins de santé qui ne travaillent pas dans le domaine des soins palliatifs, mais qui n'hésitent pas à offrir leurs services bénévolement à cet égard.

Le sénateur Perrault: Y en a-t-il beaucoup qui aient répondu à votre appel?

M. Horgan: Il y en a énormément.

Le sénateur Perrault: Vous jouissez d'une excellente réputation à l'hôpital. Merci beaucoup.

Le sénateur Keon: Je tiens à féliciter ce groupe pour ce travail si important qu'il a de toute évidence si bien accompli.

Après avoir écouté les témoignages devant ce comité depuis le début des audiences, il me semble que le Canada est maintenant confronté à deux grandes questions. La première, c'est que le gouvernement et la société n'ont pas pris les engagements qui s'imposent à l'égard des soins palliatifs. Dans la plupart des secteurs, nos programmes de soins palliatifs ne répondent pas du tout aux besoins. Il est important que quelques personnes se manifestent et prouvent que les soins palliatifs peuvent fonctionner.

La seconde question est toutefois beaucoup plus grave. Très nombreux sont ceux qui sont convaincus que les soins palliatifs ne peuvent pas répondre à tous les problèmes et que le suicide assisté par un médecin est une option nécessaire. A mon avis, ils sont tout simplement en faveur du suicide assisté par un médecin. Ils ne veulent pas d'une euthanasie qui serait le fait d'amateurs; il suffit d'aller au fond des choses pour s'apercevoir qu'ils sont pour le suicide assisté par un médecin. Rien ne semble les faire changer d'avis. Leurs convictions sont très fortes et selon eux, il faut

[Text]

experience in palliative care, and we have heard it from people who have broad backgrounds in health care.

I am sure all of you have had to think about this, and I would like to hear you address the subject.

Dr. Hays: Yes, I do hear it from patients, but usually in passing. It is usually to ask me in the manner in which Mrs. Englefield did and to hear me say that assisted suicide is not part of what I do. People are usually very pleased to hear that. I explain that this is a partnership. I am not taking charge of their illness or their lives. We will work together throughout the illness, and I will pay a great deal of attention to their wishes and tell them what is impossible; but, whatever is possible, I will try and facilitate for them. I will treat them as a whole person, and I will treat them with their family. I need to know early on who will speak for the patient when they can no longer speak for themselves.

It is very important to have these discussions. We have these discussions at our first meeting. I think the level of comfort and confidence then increases.

I am very concerned. I hear from medical students when I teach "death and dying" that they feel this is a simple solution. However, medical students, on the whole, have never been sick a day in their lives. Most likely, the worst thing that they have experienced is a twisted ankle as a result of skiing. When I ask them if any of them has lost a close relative, practically no one has. If they have experienced a loss, it is a grandparent they did not know very well. They are very, very remote from this end of life. We must empower young physicians who do not have this kind of life experience.

I also teach a seminar to law students. When I challenge them to design a law that would prevent abuse of the system, none of them can. They cannot design a law where the frail would be protected. This is a very serious issue.

As Mrs. Englefield demonstrated today, at times, she might have asked for active euthanasia because she was in excruciating pain and suffering, but as soon as that pain was relieved, active euthanasia was the last thing she wanted. She tells me that this summer has been one of the best she has ever had because her pain is well controlled. She knows that if the pain gets out of control, it will be remedied very fast.

We need to build up a trusting relationship with professionals and make it a two-way street. I do not tell people how to live. Together, we work out what medication people will take. People tell me how bad their pain is. We measure it. The only measure is the patients. I write this down at every visit, and, together, we work out the pain control and make sure that they can contact me or one of my colleagues 24 hours a day. Someone is always on call to deal with anything that is not working or is out of control.

[Traduction]

prévoir le suicide assisté par un médecin. Nous avons entendu un tel point de vue de la part de personnes qui ont de l'expérience en soins palliatifs et également de la part de personnes qui connaissent bien les soins de santé.

Je suis sûr que vous avez tous dû réfléchir à cette question, et j'aimerais que vous abordiez ce sujet.

Le docteur Hays: Oui, les patients m'en parlent, mais généralement, en passant. Habituellement, ils me posent la question de la même façon que Mme Englefield et ils veulent m'entendre dire que le suicide assisté ne fait pas partie de mon travail. Ils sont en général très satisfaits de cette réponse. Je leur explique que nous sommes partenaires. Je ne prends pas la responsabilité de leur maladie ou de leur vie. Nous allons travailler ensemble tout au long de la maladie, je prêterai une très grande attention à leurs souhaits et je leur dirai ce qu'il est impossible de faire; par contre, j'essaierai de leur donner tout ce qui est possible. Je vais les soigner comme une personne entière et je vais les soigner avec leur famille. Je dois savoir assez tôt qui parlera en leur nom lorsqu'ils ne seront plus à même de parler eux-mêmes.

Il est très important d'avoir de telles discussions. Nous le faisons dès notre première rencontre et cela permet, je pense, d'accroître le bien-être et la confiance.

Je suis très inquiet. Les étudiants en médecine auxquels j'enseigne «la mort et le mourir» me disent que, de leur point de vue, la solution est simple. Or, en règle générale, ces étudiants n'ont jamais été malades de leur vie. Le pire qui leur soit arrivé sans doute, c'est une entorse à la cheville sur les pentes de ski. Pratiquement aucun d'eux n'a perdu un parent proche. Le seul deuil qu'ils aient vécu, c'est la mort d'un grand-parent qu'ils ne connaissaient pas très bien. Ils sont fort éloignés de cette réalité de la vie. Nous devons habiliter de jeunes médecins qui n'ont pas cette expérience de la vie.

J'enseigne également à des étudiants en droit. Aucun d'eux ne peut concevoir une loi qui empêcherait tout abus du système. Aucun d'eux ne peut concevoir une loi assurant la protection des faibles. C'est un problème très grave.

Mme Englefield nous a bien dit aujourd'hui qu'elle a peut-être demandé l'euthanasie active lorsqu'elle se trouvait dans d'atroces douleurs et souffrances; par contre, dès que l'on pouvait soulager ses douleurs, l'euthanasie active était bien la dernière chose qu'elle souhaitait. Elle m'a dit que l'été dernier a été l'un des plus beaux qu'elle ait jamais vécus étant donné que ses douleurs sont neutralisées. Elle sait que si elle recommence à ressentir des douleurs, on pourra la soulager très rapidement.

Il faut établir des rapports de confiance entre professionnels et patients. Ce n'est pas à moi de dire aux gens comment vivre. Ensemble, nous décidons des médicaments à prendre. Les gens nous définissent l'intensité de leur douleur. Nous la mesurons et la seule mesure, c'est le patient. J'en prends note à chaque visite et ensemble, nous décidons de la façon de soulager la douleur; nous faisons en sorte que le patient puisse me contacter ou contacter l'un de mes collègues 24 heures par jour. Il y a toujours quelqu'un

[Texte]

It is very important to have this kind of continuing thread for people whose lives otherwise are out of control.

I am not sure if that answers your question completely.

Ms Campion: From my point of view, one of the most important questions in ethics is "Why?" When people ask for physician-assisted suicide — and I think you are quite right — they do not want to have parent-assisted suicide or child-assisted suicide; they want physician-assisted suicide. It is very important to ask "Why?"

If we were to make sure that palliative care works 100 per cent pain-free, would people still want physician-assisted suicide? I believe the answer to that question would still be "yes", because people want to die with dignity.

In my experience, I have never come across a person who had no dignity. I do not know why we feel our own dignity is so tenuous. People have a terrible fear of being dependent on others. They want to die before they become a burden. Why is dependence a fate worse than death? That is a very important question.

When I talk to nurses engaged in the caring for others, they tell me that they do it gladly and willingly. When I talk to them about assisted suicide and euthanasia, time and again they tell me they do not want to be a burden on others. They, themselves, pick up the burden of others. People are afraid that when they do become dependent, no one will care for them. If that is the root of the problem, then that is what we must go after.

You mentioned that self-esteem was a difficult problem, that it is very tenuous. In our health care system, we must show people through our actions that they are worth caring for and that we care for them gladly.

We live in an era where we do not live with extended families anymore, but we can build a sense of neighbourliness. When I think of the number of times the Netherlands has come up in these discussions, it would be tremendous if, 10 years from now, in other countries around the world where they are discussing end-of-life care, they talk about Canada rather than the Netherlands. They may say, "Here is a nation that cares well for its dying. Here is a nation that provides us with a model of positive care, where people are not afraid of dependence, where we come to a model of, not independence, but interdependence."

What I have just described may be like turning a ship in the ocean; in other words, it takes time. However, ethics is not about judgment as much as it is about possibility and what we should do. When we sit around the table this evening with the lights dimming, we will be discussing what is possible.

That would be my answer.

[Translation]

de service pour aplanir les difficultés. Il est très important d'avoir ce genre de liaison constante pour les gens dont la vie serait autrement déréglée.

Je ne suis pas sûr que cela réponde complètement à votre question.

Mme Campion: D'après moi, «Pourquoi?» est l'une des questions d'éthique les plus importantes qui soit. Lorsque les gens demandent le suicide assisté par un médecin (et je pense que vous avez parfaitement raison) ils ne veulent pas de suicide assisté par un parent ou par un enfant; ils veulent un suicide assisté par un médecin; lorsque donc ils souhaitent un tel suicide, il est très important de se demander «Pourquoi?»

Si les soins palliatifs éliminaient toute douleur, les gens demanderaient-ils toujours un suicide assisté par un médecin? Je crois que la réponse à cette question serait toujours «oui», parce que les gens veulent mourir dans la dignité.

Je n'ai jamais personnellement rencontré quelqu'un qui n'ait pas de dignité. Je ne sais pas pourquoi nous avons l'impression que notre dignité est si précaire. Les gens ont terriblement peur de dépendre d'autrui. Ils veulent mourir avant de devenir un fardeau. Pourquoi la dépendance représente-t-elle un sort pire que la mort? C'est là une question fort importante.

Lorsque je parle aux infirmières qui dispensent des soins aux autres, elles me disent qu'elles le font avec plaisir et de bon coeur. Lorsque je leur parle de suicide assisté et d'euthanasie, elles me disent qu'elles ne voudraient pas devenir un fardeau pour les autres. Or, elles-mêmes, portent le fardeau des autres. Les gens ont peur que personne ne prendra soin d'eux au moment où ils deviendront dépendants d'autrui. C'est là le coeur du problème et c'est ce que nous devons régler.

Vous avez dit que l'estime de soi représente un problème difficile, que c'est une notion très précaire. Dans notre système de santé, nous devons montrer, par nos actes, qu'il vaut la peine de s'occuper des autres et que nous le faisons avec joie.

Il n'y a plus dans la vie d'aujourd'hui de familles étendues, mais nous pouvons tisser des liens communautaires. Quand je pense au nombre de fois où les Pays-Bas ont été cités dans le cadre de ces discussions, ce serait formidable si, dans 10 ans, lorsque l'on parlera dans d'autres pays de soins dispensés à la fin de la vie, on citera le Canada plutôt que les Pays-Bas. On dira peut-être «Voici un pays qui s'occupe bien de ses mourants. Voici un pays qui donne un exemple de soins positifs, un pays où les gens n'ont pas peur de dépendre des autres; voici un pays qui donne l'exemple non pas de l'indépendance, mais de l'interdépendance.»

Ce que je viens de décrire semble ardu; en d'autres termes, cela prend du temps. Toutefois, dans le domaine de l'éthique, il ne s'agit pas de porter de jugement, mais plutôt de savoir ce qu'il est possible de faire et ce qu'il faudrait faire. Nous avons discuté jusqu'à la fin du jour de ce qui relève du domaine du possible.

Telle est ma réponse.

[Text]

The Chairman: On behalf of the committee, I thank you all very, very much. It was certainly worth waiting for the lights to dim to hear the end of the story.

The committee adjourned.

[Traduction]

La présidente: Au nom du comité, je vous remercie tous très sincèrement. Il valait certainement la peine d'attendre jusqu'ici pour connaître la fin de l'histoire.

La séance est levée.

As an individual:

Andrew Johnson.

As an individual:

Cecilia Moore.

From the BC Civil Liberties Association:

John Westwood;

Alister Browne.

From the Catholic Health Association of British Columbia:

Gerald J. Herkel;

Rev. John Horgan;

Susan House.

From the Catholic Health Association of Canada:

Gerald Hiebert;

Brigette Champion;

Elly Englefield;

Dr. Helen Hays.

À titre personnel:

Andrew Johnson.

À titre personnel:

Cecilia Moore.

De «BC Civil Liberties Association»:

John Westwood;

Alister Browne.

De «Catholic Health Association of British Columbia»:

Gerald J. Herkel;

Rév. John Horgan;

Susan House.

De «Catholic Health Association of Canada»:

Gerald Hiebert;

Brigette Champion;

Elly Englefield;

Le docteur Helen Hays.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From Considine and Lawler:

Christopher M. Considine.

From Canadian Physicians for Life:

Iain Benson;

Dr. H. Robert C. Pankratz;

Dr. Jim Lane;

Dr. Willard P. Johnston.

From the Lubavitch Organization for Jewish Development:

Yoseph Thompson.

From the Canadian Unitarian Council:

Brian J. Kiely;

Alison Harvey.

As an individual:

Linda Meyer.

As an individual:

Russel D. Ogden.

As an individual:

Humphrey Waldock.

From the British Columbia Association of Social Workers:

Anne DuMoulin;

Michael Boyle;

Stuart Alcock.

De «Considine and Lawler»:

Christopher M. Considine.

De «Canadian Physicians for Life»:

Iain Benson;

Le docteur H. Robert C. Pankratz;

Le docteur Jim Lane;

Le docteur Willard P. Johnston.

De «Lubavitch Organization for Jewish Development»:

Yoseph Thompson.

De «Canadian Unitarian Council»:

Brian J. Kiely;

Alison Harvey.

À titre personnel:

Linda Meyer.

À titre personnel:

Russel D. Ogden.

À titre personnel:

Humphrey Waldock.

De «British Columbia Association of Social Workers»:

Anne DuMoulin;

Michael Boyle;

Stuart Alcock.

(Continued on previous page)

(Suite à la page précédente)

241
YC 2
- 1994
E71



First Session
Thirty-fifth Parliament, 1994

Première session de la
trente-cinquième législature, 1994

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Senate
Special Committee on*

*Délibérations du comité
sénatorial spécial sur*

Euthanasia and Assisted Suicide

L'euthanasie et le suicide assisté

Chairperson:
The Honourable JOAN NEIMAN

Présidente:
L'honorable JOAN NEIMAN

Tuesday, September 27, 1994
Vancouver, British Columbia

Le mardi 27 septembre 1994
Vancouver (Colombie-Britannique)

Issue No. 15

Fascicule n° 15



WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)

THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON
EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

The Honourable Joan Neiman, *Chairperson*

The Honourable Thérèse Lavoie-Roux, *Deputy Chairperson*

and

The Honourable Senators:

Beaudoin

Corbin

Desmarais

* Fairbairn (or Molgat)

Keon

* Lynch-Staunton
(or Berntson)

Perrault

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
L'EUTHANASIE ET LE SUICIDE ASSISTÉ

Présidente: L'honorable Joan Neiman

Vice-présidente: L'honorable Thérèse Lavoie-Roux

et

Les honorables sénateurs:

Beaudoin

Corbin

Desmarais

* Fairbairn (ou Molgat)

Keon

* Lynch-Staunton
(ou Berntson)

Perrault

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

VANCOUVER, Tuesday, September 27, 1994
(22)

[Text]

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 8:30 a.m. in Vancouver, British Columbia, the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault.(7)

In attendance: Special Advisor to the Committee: Ms Jocelyn Downie. *From the Library of Parliament, Research Branch:* Ms Mollie Dunsmuir.

Other Senator Present: Hon. Paul Lucier

WITNESSES:

From the Pro-Life Society of British Columbia:

Betty Green.

From Kelowna Right to Life:

Ted Gerk.

From Goodbye: A Right to Die Society:

Charles Clapham;

Darline Miller.

From the University of Victoria:

Eike-Henner W. Kluge.

From the Evangelical Fellowship of Canada:

Bruce Clemenger;

Janet Buckingham;

Stanley Grenz;

Edwin Hui;

Walter Lawrence.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 1:20 p.m. the Committee recessed until 2:30 p.m.

AFTERNOON SITTING

VANCOUVER, Tuesday, September 27, 1994
(23)

The Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 2:30 p.m. in Vancouver, British Columbia, the Chairperson, the Honourable Senator Neiman, presiding.

Members of the Committee present: The Honourable Senators Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman and Perrault.(7)

PROCÈS-VERBAL

VANCOUVER, le mardi 27 septembre 1994
(22)

[Traduction]

Le comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 8 h 30, à Vancouver, Colombie-Britannique, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault. (7)

Également présentes: Conseillère spéciale du comité, Mme Jocelyn Downie. *Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement:* Mme Mollie Dunsmuir.

Autre sénateur présent: L'honorable Paul Lucier.

TÉMOINS:

De «Pro-Life Society of British Columbia»:

Betty Green.

De «Kelowna Right to Life»:

Ted Gerk.

De «Goodbye: A Right to Die Society»:

Charles Clapham;

Darline Miller.

De l'Université de Victoria:

Eike-Henner W. Kluge.

De «Evangelical Fellowship of Canada»:

Bruce Clemenger;

Janet Buckingham;

Stanley Grenz;

Edwin Hui;

Walter Lawrence.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences dans le cadre de son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

Les témoins font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 13 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à 14 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

VANCOUVER, le mardi 27 septembre 1994
(23)

Le comité spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 14 h 30 à Vancouver, Colombie-Britannique, sous la présidence de l'honorable sénateur Neiman (*présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Desmarais, Corbin, Keon, Lavoie-Roux, Neiman et Perrault. (7)

[Text]

In attendance: Special Advisor to the Committee, Ms Jocelyn Downie. From the Library of Parliament, Research Branch: Ms Mollie Dunsmuir.

Other Senator Present: Hon. Paul Lucier

WITNESSES:

As an individual:

John Boram;
David Boram.

As an individual:

Dr. Scott Wallace.

From the Archdiocese of Vancouver:

Archbishop Adam Exner;
Peter Ryan.

From the Compassionate Healthcare Network Association:

Cheryl Eckstein;
Dr. Michael Newton;
Dr. Robert Pankratz.

As an individual:

Hilda Kreig.

As an individual:

Patricia Rodney.

As an individual:

Tom Sigurdson.

As an individual:

Susan House.

As an individual:

Louise Normandin-Miller.

Real Women of British Columbia:

Cecilia Von Dehn.

As an individual:

Rev. Bernard Osborg.

Focus on the Family:

Dr. Margaret Cottle.

As an individual:

Dr. R.W. Dunn.

As an individual:

Joahne Neubauer.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Wednesday, February 23, 1994, the Committee continued hearings for its study on euthanasia and assisted suicide.

[Traduction]

Également présentes: Conseillère spéciale du comité Mme Jocelyn Downie. Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Mme Mollie Dunsmuir.

Autre sénateur présent: L'honorable Paul Lucier.

TÉMOINS:

À titre personnel:

John Boram;
David Boram.

À titre personnel:

Le docteur Scott Wallace.

De l'Archdiocèse de Vancouver:

L'archevêque Adam Exner;
Peter Ryan.

De la «Compassionate Healthcare Network Association»:

Cheryl Eckstein;
Le docteur Michael Newton;
Le docteur Robert Pankratz.

À titre personnel:

Hilda Kreig.

À titre personnel:

Patricia Rodney.

À titre personnel:

Tom Sigurdson.

À titre personnel:

Susan House.

À titre personnel:

Louise Normandin-Miller.

De «Real Women of British Columbia»:

Cecilia Von Dehn.

À titre personnel:

Le révérend Bernard Osborg.

De «Focus on the Family»:

Le docteur Margaret Cottle.

À titre personnel:

Le docteur R.W. Dunn.

À titre personnel:

Joahne Neubauer.

En conformité avec l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mercredi 23 février 1994, le comité poursuit ses audiences dans le cadre de son étude sur l'euthanasie et le suicide assisté.

[Texte]

The witnesses each made a statement and answered questions.

At 8:15 p.m. the Committee adjourned until 8:30 a.m. on Wednesday, September 28, 1994.

ATTEST:

[Translation]

Les témoins font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 20 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à 8 h 30 le mercredi 28 septembre 1994.

ATTESTÉ:

Le greffier du comité

Gary Levy

Clerk of the Committee

EVIDENCE

VANCOUVER, Tuesday, September 27, 1994

[Text]

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide met this day at 8:30 a.m. to consider its order of reference to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide.

Senator Joan Neiman (*Chairperson*) in the Chair.

The Chairman: Honourable senators, ladies and gentlemen, we will commence our hearings this morning with testimony from the Pro-Life Society of British Columbia and from an organization called Kelowna Right to Life. Ms Green will speak on behalf of the first group; and Mr. Ted Gerk will speak on behalf of his group.

Ms Betty Green, President, Vancouver Right to Life, Pro-Life Society of British Columbia: Madam Chairman, Mr. Gerk is the Provincial President of the Pro-Life Society of British Columbia and the Executive Director of Kelowna Right to Life. I am President of Vancouver Right to Life, one of the member groups. I am on the board of the Pro-Life Society of British Columbia.

Mr. Gerk, President, Pro-Life Society of British Columbia: Madam Chairman, at the outset, I should like to thank you for allowing us to make this presentation this morning.

I would like to dedicate my presentation this morning to the memory of my father who passed away a year and a half ago as a result of terminal brain cancer. That was a difficult time for our family. We are grateful for the 10 months we had with him. We are also grateful for the good palliative care services that were available in our community.

The fact is we were able to spend a great deal of time with my father in his dying days. My mother spent the days with him and my sister and I took turns sleeping in the hospital at night. The staff at the hospital were accommodating, something which underlines the importance of allowing families a lot of input in the final days of their loved ones.

In the course of my presentation I wish to argue that the state has absolutely no authority to change the laws prohibiting euthanasia. This is because any change would violate international law, thereby constituting a threat to the social contract which states that a nation is bound to protect and uphold the right to life.

We are grateful for the kind and generous assistance of Dr. John I. Fleming, the Director of the Southern Cross Bioethics Institute in Plympton, Australia. Dr. Fleming, who is also a member of UNESCO's International Bioethics Committee, has graciously allowed us to quote from an unpublished paper based on his PhD thesis.

TÉMOIGNAGES

VANCOUVER, le mardi 27 septembre 1994

[Traduction]

Le comité sénatorial permanent sur l'euthanasie et le suicide assisté se réunit aujourd'hui à 8 h 30 pour examiner, en conformité avec son ordre de renvoi, les dimensions juridiques, sociales et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté et pour en faire rapport.

Le sénateur Joan Neiman (*présidente*) occupe le fauteuil.

La présidente: Honorables sénateurs, mesdames et messieurs, nous accueillons comme témoins ce matin Mme Green, de la *Pro-Life Society of British Columbia*, et M. Ted Gerk, de l'organisation appelée *Kelowna Right to Life*.

Mme Betty Green, présidente, Vancouver Right to Life, Pro-Life Society of British Columbia: Madame la présidente, M. Gerk est président provincial de la *Pro-Life Society of British Columbia*, et directeur général de *Kelowna Right to Life*. Pour ma part, je suis présidente de *Vancouver Right to Life*, l'un des groupes membres de l'organisation provinciale, et je fais partie du conseil d'administration de cette dernière.

M. Gerk, président, Pro-Life Society of British Columbia: Je souhaite d'abord vous remercier, madame la présidente, de nous donner la possibilité de nous adresser à vous ce matin.

Je voudrais dédier mon témoignage de ce matin à mon père, qui est décédé il y a un an et demi suite à un cancer du cerveau. La phase finale de sa maladie a été une période très difficile pour toute notre famille. Nous sommes cependant très heureux d'avoir pu passer 10 mois de plus avec lui, et nous avons été très satisfaits des excellents soins palliatifs qui lui ont été offerts dans notre collectivité.

En réalité, les membres de notre famille ont pu passer beaucoup de temps avec mon père pendant ses derniers jours. Ma mère restait constamment avec lui, et ma soeur et moi-même dormions à tour de rôle à l'hôpital. Le personnel de l'hôpital s'est montré très généreux à notre égard, ce qui souligne l'importance de la présence des familles pendant les derniers jours d'un être aimé.

Je voudrais ce matin exposer l'idée que l'État n'a strictement aucun pouvoir de modifier les lois interdisant l'euthanasie. En effet, cela constituerait une infraction au droit international et, partant, une entorse au contrat social établissant qu'une nation a le devoir de protéger et de défendre le droit à la vie.

J'exprime tout d'abord ma reconnaissance à l'aide généreuse que nous a accordée le docteur John I. Fleming, directeur du *Southern Cross Bioethics Institute* de Plympton, en Australie. Le docteur Fleming, qui fait également partie du comité international de bioéthiques de l'UNESCO, nous a gentiment autorisé à citer des extraits d'un document inédit qu'il a préparé à partir de sa thèse de doctorat.

[Texte]

In any discussion on human rights, full account has to be taken of the provisions of the UN Charter and the Universal Declaration of Human Rights, in particular Article 55, which commits the United Nations to promote:

...respect for, and observance of, human rights and fundamental freedoms for all without distinction as to race, sex, language, or religion.

The Universal Declaration of Human Rights is founded upon the notion that there are human values, and that these values are inherent in the human individual. In the preamble to the declaration it is stated that the foundation of freedom, justice and peace in the world is the recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family.

As far as the declaration is concerned, there are human values inherent in all members of the human family because of their inherent dignity. Since dignity is about true worth or excellence and, in the context, human worth, then the claim for the inherent dignity of human beings is a claim for basic human values.

Further, the preamble links human dignity and human values with human rights which are described as "inalienable rights", rights of which we may not be deprived and cannot deprive ourselves. For example, I must not be sold into slavery, and I am to be restrained from selling myself into slavery.

These human rights which reflect human values must, says the preamble, "be protected by the rule of law", otherwise humankind may be driven, "as a last resort, to rebellion against tyranny and oppression". This protection of the rule of law is necessary, not only for human beings to live together peaceably within the state, but also so that nations may live together in peace.

The Universal Declaration of Human Rights presents itself to the world as "a common standard of achievement for all peoples and all nations", and as a guide for every structure in society and for every individual in order that rights identified in the declaration may have "their universal and effective recognition and observance" secured.

Article 1 of the declaration asserts certain things about human beings which affect the understanding of the rest of the document. Human beings, it says, are "born free and equal in dignity and rights." This value of equality of human beings, this injunction not to show preference between individuals in the recognition of "the rights and freedoms set forth in this Declaration", is further specified in Article 2.

In particular, in the entitlement to the rights and freedoms in the declaration there is to be no distinction of any kind, "such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status". In this

[Translation]

Quand on veut discuter de droits de la personne, il est indispensable d'envisager d'abord les dispositions de la Charte des Nations unies et de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Je songe notamment à l'article 55 de la Charte, qui engage les Nations unies à favoriser:

[...] le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion.

En ce qui concerne la Déclaration universelle des droits de l'homme, son principe fondamental est qu'il existe certaines valeurs humaines qu'il est essentiel de protéger. On indique ainsi dans le préambule de la Déclaration que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde.

Autrement dit, on stipule qu'il existe certaines valeurs inhérentes à tous les membres de la famille humaine qui fondent leur dignité inhérente. Comme dignité va de pair avec la notion de valeur de l'être humain, le principe de la dignité inhérente de l'être humain est un principe fondamental des valeurs humaines essentielles.

En outre, on établit dans le préambule un lien entre dignité et valeur humaine, d'une part, et droits de l'homme, lesquels sont qualifiés de «droits inaliénables», c'est-à-dire de droits dont personne ne peut être privé et dont personne ne peut se priver. Par exemple, personne ne peut me vendre en esclavage, et on doit m'empêcher de me vendre moi-même comme esclave.

Ces droits humains qui sont le reflet des valeurs humaines doivent, dit-on dans le préambule, être «protégés par un régime de droit», pour éviter que l'homme ne soit «contraint, en suprême recours, à la révolte contre la tyrannie et l'oppression». Cette protection de la règle de droit est nécessaire pour permettre non seulement aux êtres humains de vivre pacifiquement à l'intérieur de l'État, mais aussi aux nations de vivre pacifiquement les unes avec les autres.

La Déclaration universelle des droits de l'homme a également été présentée au monde «comme l'idéal commun à atteindre par tous les peuples et toutes les nations», c'est-à-dire comme un texte devant guider toutes les entités sociales et tous les individus pour que les droits identifiés puissent jouir de «la reconnaissance et l'application universelles et effectives».

L'article 1 de la Déclaration porte sur certaines caractéristiques fondamentales de l'être humain en fonction desquelles on doit interpréter tout le reste du document. Ainsi, dit-on, «tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits». Ce principe d'égalité des êtres humains, et ce commandement de ne pas témoigner de préférence entre les individus, pour ce qui est de la reconnaissance «de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration», sont précisés à l'article 2.

Nous constatons en particulier, dans l'énoncé des droits et libertés protégés par la Déclaration, qu'il ne doit y avoir aucune distinction d'aucune sorte, «notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre

[Text]

way the declaration excludes discrimination against the elderly and the very young, the physically and mentally disabled, and the chronically ill. All have equal claim to the rights and freedoms enunciated in the declaration.

In Article 3 of the declaration begins the articulation of the human values to be defended in terms of human rights. "Everyone has the right to life, liberty and the security of person." Thus, human life is held to be both inviolable and inalienable. The declaration does not begin with hard cases or exceptions, but with the general proposition which concerns the value of human life.

It is also interesting to note the order of the rights articulated — life first, then freedom and then security of person. Unless the right to life can be guaranteed by the state, then there is no meaningful rights to freedom or to the security of person. The right to life is logically prior to the considerations of the quality of the individual's life.

I know in the course of these deliberations you have heard much regarding the situation in the Netherlands. In my opening remarks I wish to discuss a few of the comments which have come out regarding that situation.

In an article which appeared in the Hastings Centre Report of March-April 1992, Dr. John Keown writes in his article entitled, "On Regulating Death":

Some evidence of the incidence of euthanasia without request has been provided by the Rummelink Committee, which reported that in about 1,000 cases in 1990 doctors intentionally accelerated death without a specific request from the patient (although in about half there had been some discussion with the patient or the patient had previously expressed a desire that death should be hastened). Further, in the 8,750 cases in which doctors intended to accelerate death by withholding or withdrawing treatment and in almost 5,000 of the 8,100 cases in which they intended to kill by administering opioids, the patient had not requested the hastening of death. In short, doctors stated that in 1990 they sought to accelerate death in some 20,000 cases, in almost three-quarters of which there had been no request by the patient.

Daniel Callahan, Director of the Hastings Centre, writes in an article entitled, "When Self-Determination Runs Amok":

Considered from these angles, there are no good moral reasons to limit euthanasia once the principle of taking life for that purpose has been legitimated. If we really believe in self-determination, then any competent person should have a right to be killed by a doctor for any reason that suits him. If we believe in the relief of suffering, then it seems cruel and capricious to deny it to the incompetent. There is, in short, no reasonable or logical stopping point once the turn has been

[Traduction]

opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation». Autrement dit, la Déclaration interdit clairement toute discrimination à l'encontre des personnes âgées et des très jeunes, des personnes souffrant d'un handicap physique ou mental, et des personnes souffrant de maladie chronique. Nous avons donc tous le droit égal de jouir des droits et libertés énoncés dans la Déclaration.

À l'article 3, on commence à préciser les valeurs humaines qu'il faut défendre. Ainsi, «tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne». Cela veut dire que la vie humaine est jugée à la fois inviolable et inaliénable. Les auteurs de la Déclaration n'ont pas commencé leur texte en présentant des cas particuliers ou des exceptions mais plutôt en formulant une proposition d'ordre général concernant la valeur de la vie humaine.

Il convient aussi de souligner l'ordre dans lequel ces droits sont présentés: la vie d'abord, puis la liberté, puis la sécurité de la personne. Autrement dit, tant que le droit à la vie ne peut être garanti par l'État, il ne saurait y avoir de droits réels à la liberté ou à la sécurité de la personne. Le droit à la vie vient logiquement avec toute considération relative à la qualité de cette vie.

Je sais qu'on vous a beaucoup parlé, pendant vos délibérations, de la situation qui prévaut aux Pays-Bas. Je voudrais donc aborder quelques-unes des remarques qui ont été faites à ce sujet.

Dans un article publié dans le *Hastings Centre Report* de mars-avril 1992, et intitulé *On Regulating Death*, le docteur John Keown affirme ceci:

Le comité Rummelink a donné des précisions sur certains cas d'euthanasie décidés sans avoir demandé l'avis de la personne; il a ainsi signalé qu'en 1990, les médecins ont accéléré délibérément la mort d'un patient, sans le lui avoir explicitement demandé, dans environ 1 000 cas. (Précisons toutefois que dans la moitié de ces cas, environ, la question avait été discutée dans une certaine mesure avec le patient, ou ce dernier avait exprimé auparavant le désir que l'on accélère son décès). En outre, dans les 8 750 cas où des médecins avaient l'intention d'accélérer le décès en interrompant le traitement ou en refusant de le donner, et dans près de 5 000 des 8 100 cas où ils avaient eu l'intention de tuer au moyen d'opioïdes, le patient n'avait aucunement demandé qu'on accélère son décès. En bref, ces médecins ont déclaré en 1990 qu'ils avaient tenté d'accélérer la mort dans près de 20 000 cas et que, dans près des trois quarts de ces cas, le patient n'en avait pas fait la demande.

Dans un article intitulé *When Self-Determination Runs Amok*, Daniel Callahan, directeur du Hastings Centre, dit ceci:

Considérant ces facteurs, il n'y a aucune raison morale valable de limiter l'euthanasie une fois que son principe a été légitimé. Si nous croyons vraiment à l'autodétermination, toute personne compétente devrait avoir le droit d'être tuée par un médecin pour n'importe quelle raison lui convenant. Si nous croyons à la nécessité d'apaiser la douleur, on doit conclure qu'il serait cruel et capricieux d'en priver les personnes incompetentes. En bref, il n'y a plus de barrière

[Texte]

made down the road to euthanasia, which could soon turn into a convenient and commodious expressway.

Finally, I am drawn to the conclusions and final report of the Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context Report put out earlier this year by the New York State Task Force on Life and the Law. While some of its recommendations are disturbing, I think many apply to the deliberations before this committee. The report states, in part:

Three general positions about assisted suicide and euthanasia have emerged in the medical and ethical literature. First, some believe that both practices are morally wrong and should not be performed. Others hold that assisted suicide or euthanasia are legitimate in rare and exceptional cases, but that professional standards and the law should not be changed to authorize either practice. Finally, some argue that assisted suicide, or both assisted suicide and euthanasia, should be recognized as legally and morally acceptable options in the care of dying or severely ill patients.

Some of the Task Force members do not believe that assisted suicide is inherently unethical or incompatible with medical practice. On the contrary, they believe that providing a quick, less prolonged death for some patients can respect the autonomy of patients and demonstrate care and commitment on the part of physicians or other health care professionals. Nonetheless, these members have concluded that legalizing assisted suicide would be unwise and dangerous public policy.

The Task Force members unanimously concluded that legalizing assisted suicide and euthanasia would pose profound risks to many patients. For purposes of public debate, one can describe cases of assisted suicide in which all the recommended safeguards would be satisfied. But positing an "ideal" or "good" case is not sufficient for public policy, if it bears little relation to prevalent social and medical practices.

No matter how carefully any guidelines are framed, assisted suicide and euthanasia will be practised through the prism of social inequality and bias that characterizes the delivery of services in all segments of our society, including health care. The practices will pose the greatest risks to those who are poor, elderly, members of a minority group, or without access to good medical care.

The growing concern about health care costs increases the risks presented by legalizing assisted suicide and euthanasia. This cost consciousness will not be diminished, and may well be exacerbated, by health care reform.

[Translation]

raisonnable ou logique une fois que l'on s'est engagé sur la route de l'euthanasie, qui pourrait devenir très rapidement une autoroute pratique et commode.

Je voudrais finalement citer les conclusions du rapport final sur le suicide assisté et l'euthanasie en contexte médical publié plus tôt cette année par le groupe de travail de l'État de New York sur la vie et le droit. Bien que certaines des recommandations soient troublantes, j'estime que beaucoup sont pertinentes dans le cadre des délibérations de votre comité.

Trois points de vue généraux sont apparus au sujet du suicide assisté et de l'euthanasie dans les rapports de médecine et d'éthique. Premièrement, certaines personnes estiment que ces deux méthodes sont moralement inacceptables et ne doivent jamais être appliquées. D'autres pensent que le suicide assisté ou l'euthanasie sont légitimes dans certains cas rares et exceptionnels, mais qu'il ne faut modifier ni les normes professionnelles ni les lois pour les autoriser. Finalement, certains pensent que le suicide assisté, l'euthanasie ou les deux devraient être reconnus comme des options légalement et moralement acceptables en matière de soins aux agonisants ou aux patients gravement malades.

Certains membres du groupe de travail ne croient pas que le suicide assisté soit foncièrement contraire à l'éthique ou incompatible avec la pratique médicale. Au contraire, ils estiment qu'offrir une possibilité de mort rapide à certains patients peut être conforme aux principes d'autonomie de ces derniers, et témoigner ainsi d'un souci réel du bien-être des patients de la part des médecins et des autres professionnels de la santé. Malgré cela, ces membres ont conclu qu'il ne serait pas sage de légaliser le suicide assisté et que cela pourrait être dangereux du point de vue des politiques publiques.

Les membres du groupe de travail ont conclu à l'unanimité que légaliser le suicide assisté et l'euthanasie exposerait de nombreux patients à des risques très graves. Dans le contexte d'un débat public, on peut envisager des cas de suicide assisté dans lesquels toutes les mesures de sauvegarde recommandées auraient été respectées. Par contre, dans le contexte des politiques publiques, on ne peut se contenter d'envisager un cas «idéal» ou «satisfaisant» s'il n'a que des liens fort ténus avec les pratiques sociales et médicales usuelles.

Quel que soit le soin avec lequel on établit les lignes directrices, on pratiquera le suicide assisté et l'euthanasie dans le contexte de l'inégalité sociale et du préjugé qui caractérisent la prestation de services dans tous les secteurs de la société, y compris la santé. Ce seront les pauvres, les personnes âgées, les membres des groupes minoritaires ou les personnes n'ayant pas accès à de bons soins médicaux qui seront exposés aux risques les plus graves.

Les préoccupations croissantes que suscitent les coûts des soins de santé constituent un facteur de risque supplémentaire si on légalise le suicide assisté et l'euthanasie. En effet, cette mentalité de réduction des coûts ne va pas s'atténuer et risque même d'être exacerbée par la réforme de la santé.

[Text]

In debating public policies, our society often focuses on dramatic individual cases. With assisted suicide and euthanasia, this approach obscures the impact of what it would mean for the state to sanction assisted suicide or direct killing under the auspices of the medical community.

Therefore, we urge that not only is it a violation of the social contract to change legislation in Canada, although this debate is good and healthy, it would be a violation of the treaties and the traditional upholding of the sanctity of human life that Canada has adhered to for many generations.

Ms Green: Madam Chairman, nothing in our brief speaks to the care that is needed by the dying. We are speaking to the need not to allow killing to become an alternate solution to the care of the dying. When the situation is opened up to that extent, I am afraid that, just as we see the same arguments being used today to promote the legalization of euthanasia for the elderly and the handicapped as were used in the abortion debate, we will see that when killing becomes the socially acceptable solution the support systems will dry up.

Thus, we urge this committee to concentrate its efforts on looking at what kind of problems are creating the perception that there is a need for euthanasia rather than to live in a distressing situation and to work toward improving the help that is available to people who are ill and handicapped and dying in our society.

Senator Beaudoin: Mr. Gerk, you referred to international covenants in your remarks which brought you to a certain point of view. Yesterday, we heard the Civil Liberties Association come to the opposite point of view. They referred to the Canadian Charter of Rights and Freedoms, as well as the Universal Declaration of Human Rights of 1948, and other postwar covenants.

I find this most interesting because you both start from the international law and covenants on human rights and come to the opposite point of view. This means a question of interpretation is involved.

We have the concept of the sanctity of life which is enshrined in section 7 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms. I can easily follow your reasoning in this regard. However, yesterday, Mr. Brown came to the conclusion that, starting from that point of view, a person has full control over his or her body and thus full control over the moment of his or her death. We must then start from the same initial point and say, "This being said, we cannot come to the conclusion that euthanasia may be accepted or may be legalized."

This all boils down to a question of interpretation. Obviously, those who request a change in the legislation of our country have

[Traduction]

Lorsque nous débattons de questions d'intérêt public, nous mettons souvent en exergue des cas particuliers dramatiques. En ce qui concerne le suicide assisté et l'euthanasie, cette démarche obscurcit l'incidence que pourrait avoir pour toute la société le fait que l'État sanctionne le suicide assisté ou la mise à mort directe sous les hospices du monde médical.

En conséquence, nous visons non seulement que modifier la loi au Canada constituerait une infraction au contrat social, même si le débat est bon et sain, mais que ce serait aussi une entorse aux traités et aux principes traditionnels de respect du caractère sacré de la vie humaine, auquel le Canada adhère depuis de nombreuses générations.

Mme Green: Vous ne trouverez rien dans notre mémoire, madame la présidente, concernant les soins dont ont besoin les agonisants. Notre but est en effet de souligner tout simplement qu'il est indispensable de ne pas permettre que la mise à mort devienne une option en matière de soins aux agonisants. En effet, si on s'engage dans cette voie, je crains, étant donné que les arguments que l'on utilise aujourd'hui pour promouvoir la légalisation de l'euthanasie dans le cas des personnes âgées et des personnes handicapées sont les mêmes que ceux qui avaient été utilisés dans le cas de l'avortement, que nous ne constatons la disparition progressive des systèmes de soutien lorsque la mise à mort sera devenue une solution socialement acceptable.

Nous implorons donc votre comité d'axer tous ses efforts sur l'examen attentif des problèmes que crée l'impression que l'euthanasie est nécessaire, pour éviter à certaines personnes de vivre dans une situation de détresse, et de chercher des méthodes pour améliorer les soins dont ont besoin les malades, les personnes handicapées et les agonisants dans notre société.

Le sénateur Beaudoin: Je vais d'abord m'adresser à M. Gerk. Vous avez dit dans votre exposé que la lecture des traités internationaux vous amène à une certaine conclusion. Hier, nous avons entendu des représentants de l'Association des libertés civiles tirer la conclusion contraire des mêmes documents, c'est-à-dire de la Charte canadienne des droits et libertés, de la Déclaration universelle des droits de l'homme, de 1948, et des pactes ratifiés après la guerre.

Je trouve très intéressant que, partant du même droit international et des mêmes documents relatifs aux droits de la personne, vous parveniez à un point de vue opposé. Cela montre qu'il y a manifestement là une question d'interprétation en jeu.

Le caractère sacré de la vie est affirmé à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. Je comprends parfaitement bien votre raisonnement à ce sujet. Hier, cependant, M. Brown est parti du même texte pour conclure qu'une personne détient un contrôle absolu à l'égard de son propre corps et, par conséquent, du moment de sa mort. À partir du même texte, vous concluez qu'on ne saurait accepter ou légaliser l'euthanasie.

C'est manifestement là une question d'interprétation. Cela dit, c'est évidemment à ceux qui demandent que la loi soit modifiée

[Texte]

the burden of establishing that it is necessary. In that sense, I have no difficulty following you on this point.

Mine is a comment on this point, Madam Chairman, as opposed to a question.

Senator Lavoie-Roux: Senator Beaudoin has dealt with what was to be my first question. You mentioned the Universal Declaration of Human Rights, as well as fundamental freedoms. The argument made last night was that this freedom should go as far as to decide what happens to one's own body, et cetera. Is the possibility of choosing when you will die, or how, part of fundamental freedom?

The second point that bothers me is this. There is a certain analogy to be made between abortion and euthanasia. For a long time we refused to consider abortion. We certainly knew that abortions were being performed in all kinds of conditions detrimental to the mother and/or her unborn child. Now we have the same situation occurring in respect of those who wish to terminate their lives. People have referred to instances of back-alley types of suicide and so on. We tried to correct the situation which involved abortions being performed under poor and, quite often, precarious conditions. That allowed us to start to talk about abortion in an open way.

I think there are probably fewer abortions now being performed under poor conditions. There is an analogy to be made between the two. How do we go about correcting this situation?

We have in this room a person who came to Ottawa who told us that, although she was not active in assisting in a particular suicide, she witnessed one that was performed without proper counsel or medical assistance. It turned out to be quite dramatic. This is a matter which is still being debated; one to which I do not have an answer.

Mr. Gerk: First, I should like to comment on what was said about international law. If we look at the context in which the laws were changed and treaties were put into place, we will recall that the world had just come out of a number of atrocities which happened during the Second World War. For that reason the laws were worded the way they were. It was to ensure that such atrocities would not happen again.

While there might be a different interpretation now, the context in which the laws were made originally was sound. Therefore, I feel that they support our point of view.

Your second point, senator, is a good analogy. If we look at the 1960s and the assurances that were given to us then, we see that the reason the abortion laws in Canada needed to be changed was because there were cases in which women's lives were put in danger. We were told that the number of abortions was minute, but that some protection in law was needed for physicians who

[Translation]

qu'appartient le devoir de montrer pourquoi c'est nécessaire. En ce sens, je n'ai aucun mal à vous suivre.

Voilà, madame la présidente, c'était plus un commentaire qu'une question.

Le sénateur Lavoie-Roux: J'allais faire la même remarque que le sénateur Beaudoin. Vous avez évoqué la Déclaration universelle des droits de l'homme et les libertés fondamentales pour justifier votre point de vue mais, hier, des témoins sont partis de la même prémisse pour dire que la liberté englobe celle de décider de ce qu'on fera avec son propre corps. À votre avis, choisir le moment ou la méthode de sa mort est-il une liberté fondamentale?

Ma deuxième question porte sur les parallèles que l'on peut faire entre l'avortement et l'euthanasie. Pendant longtemps, nous avons refusé d'envisager même la possibilité de l'avortement. Certes, nous savions que des avortements étaient réalisés, dans toutes sortes de conditions préjudiciables à la santé de la mort ou de l'enfant, voire des deux. Aujourd'hui, nous nous retrouvons dans la même situation au sujet des personnes qui souhaitent mettre fin à leurs jours. Des gens vont évoquer dans ce contexte des sortes de suicide à la sauvette. Pour ce qui est de l'avortement, nous avons tenté de remédier au problème des procédures exécutées dans de mauvaises conditions, voire, souvent, des conditions très précaires. C'est d'ailleurs cela qui nous a permis de parler ouvertement de l'avortement.

Je crois pouvoir dire qu'il y a probablement moins d'avortements qui sont réalisés aujourd'hui dans de mauvaises conditions. Si l'on accepte l'analogie entre l'avortement et l'euthanasie, y a-t-il quelque chose à faire pour éviter les risques d'euthanasie dans de mauvaises conditions?

Il y a dans cette salle une personne qui est venue à Ottawa nous dire qu'elle était présente lors d'un suicide assisté, mais sans aucune participation de sa part, dans lequel il n'y avait pas eu de conseils adéquats ni de soutien médical. De ce fait, la situation est rapidement devenue dramatique. Voilà donc un aspect du problème qui fait encore l'objet de débats et pour lequel je n'ai pas de réponse.

M. Gerk: Je voudrais d'abord revenir sur ce qui a été dit au sujet du droit international. Si l'on examine le contexte dans lequel ont été modifiées les lois nationales et adoptés les traités internationaux, on constate que le monde venait tout juste de sortir de la Deuxième Guerre mondiale, avec son cortège bien connu d'atrocités. Voilà pourquoi les textes ont été rédigés d'une certaine manière. Il s'agissait de veiller à ce que de telles atrocités ne puissent jamais se reproduire.

Il se peut qu'on interprète les textes différemment aujourd'hui mais, à l'époque, le contexte dans lequel ils ont été adoptés était parfaitement légitime. Voilà pourquoi je conclus qu'ils confirment mon point de vue.

Je voudrais maintenant parler de l'analogie que vous venez de faire, qui me paraît excellente. Suite aux débats qu'il y a eus sur l'avortement dans les années 60, on a décidé de modifier la loi au Canada parce qu'il y avait des cas où la vie de la mère était en danger. On nous a dit à l'époque que le nombre d'avortements était minime mais qu'il était important de modifier la loi pour

[Text]

were providing this medical service. We were assured there would be no change in the abortion rates. Canada now has an abortion rate that exceeds approximately 100,000 a year, over 90 per cent of which are performed for socioeconomic reasons. In other words, they are not done to save the life of the mother.

The analogy that comes to mind is that hard cases make bad laws. We can keep on presenting difficult cases that are gut-wrenching and which tear out our hearts. Yet, we must consider the long-term implications. If the laws in Canada were changed to legalize some action in this regard, then not only would that violate the social contract, our duty to uphold the sanctity of human life, it would send us down a road from which it would be difficult to return.

If there is any justification as to why something like that will not work, it is found in the Netherlands today. I am sure this is something about which you have heard a great deal.

Senator Lavoie-Roux: Do you have any data as to the number of assisted suicides that are performed, not only in institutions but, perhaps, elsewhere?

Ms Green: You drew the parallel between the campaign to legalize euthanasia of the unborn and this new campaign which, of course, is the long-expected outgrowth of an acceptance of social killing. When it becomes social policy to kill people in order to resolve social problems, then it is only a question of time until the campaign to legalize killing of people at the other end of life will be before us. This has long been talked about in the pro-life literature, as well as in that of the pro-abortionists. They have seen this as part of the same web, that is: "killing people is acceptable". If it is acceptable, then of course it is not just the unwanted, unborn child that must be done away with, but anyone who is useless, seen to be useless and a burden on society. If we can posit that it is better to be dead than to be alive, and argue that on behalf of the unwanted, unborn child, then of course the same argument must hold for the handicapped, the elderly and anyone else who can be made to feel a burden to society.

There are vague arguments that it is happening in any event, that there are thousands of these cases and that people are suffering. The obvious answer to the woman with the unwanted pregnancy who needs help is to provide her with help, not to kill her child, but to improve her condition in society. That is to say, to give her proper housing and help her with job training.

All these things were what was needed to resolve those rare cases in which women felt forced to have their children killed. What was happening prior to 1969 was that most of these abortions were done more carefully than they were after it was made legal. I say that because, when it was illegal, the abortionist's greatest fear was that he would botch the abortion, the woman would end up in a hospital and the hospital authorities

[Traduction]

accorder une certaine protection aux médecins qui rendaient ce service médical. Mais on disait bien alors que le nombre d'avortements ne changerait pas. Aujourd'hui, environ 100 000 avortements sont réalisés chaque année au Canada, dont plus de 90 p. 100 pour des raisons d'ordre socio-économique. Autrement dit, pas pour sauver la vie de la mère.

Votre analogie m'amène à conclure qu'on adopte de mauvaises lois quand on se fonde sur les cas les plus difficiles. Certes, on peut toujours présenter des cas extrêmement pénibles, qui nous déchirent le coeur. Cela ne doit pas nous empêcher de tenir compte des conséquences à long terme. Si on décidait de modifier les lois du Canada pour légaliser une forme d'euthanasie, cela reviendrait non seulement à déchirer le contrat social et à enfreindre notre devoir de protéger le caractère sacré de la vie humaine, cela nous engagerait aussi dans une voie sur laquelle il serait difficile de faire demi-tour.

Si vous voulez savoir pourquoi une telle mesure ne marcherait pas, regarder ce qui se passe en Hollande aujourd'hui. Je suis sûr qu'on vous en a déjà beaucoup parlé.

Le sénateur Lavoie-Roux: Avez-vous des chiffres quelconques sur le nombre de suicides assistés qui sont réalisés, pas seulement dans des établissements de soins mais peut-être aussi ailleurs?

Mme Green: Vous avez tiré un parallèle entre la campagne de légalisation de l'euthanasie du fœtus et cette nouvelle campagne qui est bien sûre la résultante, que l'on avait prévue il y a longtemps, de l'acceptation de la notion de mise à mort sociale. Lorsque la politique de la société est de tuer les gens pour résoudre des problèmes sociaux, ce n'est qu'une question de temps pour que l'on en arrive à réclamer le droit de tuer les gens à l'autre extrémité de la chaîne de la vie. Il y a déjà longtemps que l'on prévoit ce glissement, dans les textes du mouvement pro-vie, aussi bien que dans ceux du mouvement favorable à l'avortement. Dans les deux cas, on a bien vu qu'il s'agissait du même principe général, c'est-à-dire: «Tuer est acceptable». Évidemment, si tuer est acceptable, il ne s'agit plus seulement de tuer l'enfant non désiré mais aussi quiconque est improductif, ou est jugé improductif pour la société. Si l'on accepte le postulat qu'il est préférable d'être mort que vivant, dans le cas de l'enfant qui n'est pas encore né et qui n'est pas désiré, on doit évidemment l'accepter aussi pour la personne handicapée, la personne âgée ou quiconque peut être considéré comme un fardeau pour la société.

Certes, on entend dire que ce genre de choses se produit déjà, qu'il y a des milliers de cas et que des gens souffrent. La réponse évidente que l'on doit donner à la femme enceinte d'un enfant qu'elle ne veut pas est qu'on va lui donner de l'aide pour tenter d'améliorer sa situation sociale, et non pas qu'on va tuer son enfant. Autrement dit, il faut lui donner un logement adéquat et l'aider à obtenir une formation professionnelle.

Voilà ce qu'il eût fallu faire pour résoudre tous les cas rares de femmes qui se sentaient obligées de faire tuer leur enfant. Avant 1969, la plupart des avortements se faisaient d'ailleurs avec plus de précaution que depuis la légalisation. En effet, lorsque l'avortement était illégal, la plus grande crainte de l'avorteur était que l'opération serait mal faite, que la femme se retrouverait à l'hôpital et que les autorités de l'hôpital préviendraient la police.

[Texte]

would have the police on his tail. Once we made it legal, then all kinds of people in the medical profession, those who were not experts in any way on how to kill unborn children, got into the business because it is a lucrative one. What happened as a result was that the support and care that these women needed dried up.

The same campaign is now being used by those who support euthanasia. They are saying, "We do not know how many, but we know that there are thousands of people, driven, forced to kill themselves in unsanitary conditions. If only we could get these well-trained physicians in their white coats and with their sharp instruments to kill us nice and clean, then that would make it all right." It is not the job of doctors to kill people; nor do I think it is the role of society to be debating the idea. Murder should not be a debatable subject. Yet here we are discussing the idea that it be made legal.

Senator Lavoie-Roux: The analogy I made between the two problems is not exactly the same as the one you make. Mine was in terms of what was happening under the table and, perhaps, in improper conditions. I am not ready, as you are, to put euthanasia on the continuum of end of life at birth and end of life when people say they can no longer bear suffering.

Ms Green: How many people are committing or being assisted in suicide should not be the issue. If it is one innocent life that is being taken, then that is what should be of concern to us.

About one month ago the United States refused admission to a prominent German physician who had served on the executive of the World Medical Association. He was a prominent man in his field. He was refused admission to the United States because it was alleged that during the early period of Nazi rule in Germany he had referred a patient to a euthanasia institution. The patient was subsequently killed. This man was accused of being involved in one case of euthanasia.

Some 50 years later, the idea of a doctor being involved in euthanasia is still so abhorrent to American society that this man was refused entry to their country. The most incredible part of all this is that, in that country, there are all kinds of people in high positions, such as law makers, who are debating whether or not euthanasia should be legalized. I find it incredible that, while we think we are advancing, we discuss openly the idea of accepting social killing.

Senator Lucier: Ms Green, you have just said that you think murder is not a debatable subject, and that we should not even be discussing it. Yet it happens every day. We heard as recently as yesterday witnesses say that it is going on. It seems to me that it is a subject which must be discussed. What we are discussing here more than anything else is the difference between suicide and assisted suicide.

[Translation]

Lorsque l'avortement a été légalisé, toutes sortes de membres du monde médical, et des personnes qui n'étaient aucunement expertes sur la manière de tuer des enfants pas encore nés, se sont lancés dans cette activité parce qu'elle était lucrative. De ce fait, les systèmes de soutien et de soin dont avaient besoin ces femmes sont peu à peu disparus.

La même campagne recommence aujourd'hui au sujet de l'euthanasie. On nous dit: «Nous n'avons pas de chiffres exacts mais nous savons qu'il y a des milliers de personnes qui sont obligées de mettre fin à leurs jours dans des conditions déplorables. Si seulement nous pouvions autoriser des médecins compétents, en blouse blanche et avec des instruments adéquats, à nous tuer proprement, il n'y aurait plus de problème». J'affirme cependant que le rôle du médecin n'est pas de tuer les gens, et que le rôle de la société n'est pas d'en discuter. Le meurtre ne devrait pas être un sujet de débats publics. Pourtant, nous sommes ici à discuter de sa légalisation éventuelle.

Le sénateur Lavoie-Roux: L'analogie que j'ai faite entre les deux problèmes n'est pas exactement celle que vous venez d'exposer. Je voulais en effet plus parler des avortements qui étaient réalisés de manière clandestine, dans des conditions peut-être déplorables. Par contre, je ne suis pas prête à dire, comme vous le faites, que l'euthanasie est la conséquence logique de l'avortement.

Mme Green: La question ne devrait pas être de savoir combien de personnes se suicident, avec ou sans aide. Il suffit qu'une vie innocente soit perdue pour que nous y mettions le holà.

Il y a environ un mois, les États-Unis ont refusé l'entrée sur leur territoire d'un médecin allemand renommé qui a fait partie de l'exécutif de l'Association médicale mondiale. On lui a interdit d'entrer aux États-Unis parce qu'on a affirmé qu'il avait envoyé un patient dans un établissement d'euthanasie aux premières heures du régime nazi en Allemagne. Comme le patient a été tué, cet homme s'est vu accusé d'avoir été impliqué dans une affaire d'euthanasie.

Cinquante ans plus tard, l'idée qu'un médecin puisse être impliqué dans une affaire d'euthanasie est tellement impensable, dans la société américaine, que l'on a refusé le droit d'entrer de cet homme. Ce qui est le plus incroyable, chez nous, c'est que toutes sortes de gens occupant des postes importants dans notre société, comme des législateurs, discutent de la question de savoir s'il faudrait ou non légaliser l'euthanasie. Je trouve ça absolument incroyable parce que, même si certains pensent que c'est un progrès, nous sommes en train de discuter ouvertement de l'idée d'accepter la notion de mise à mort sociale.

Le sénateur Lucier: Vous venez de dire, madame Green, que le meurtre ne devrait jamais être un thème de débats publics et que nous ne devrions même pas en parler. Pourtant, c'est quelque chose qui se fait tous les jours. Hier encore, des témoins nous le confirmaient. Je vois donc mal comment nous pourrions éviter d'en discuter. Par contre, ce dont nous discutons ici, avant tout, c'est de la différence entre le suicide et le suicide assisté.

[Text]

Suicide is legal. People can do it now. All we are talking about is the difference between suicide and assisted suicide. As Senator Beaudoin so aptly pointed out to us yesterday, this is a controversial subject on which the Supreme Court was split five to four.

In my own family there are people on both sides of the issue. I would be surprised if any member of this committee could not argue both sides of it. They could argue one side one day and the other side the next; it is that controversial.

We all share the concerns of the slippery slope, the pitfalls and all the rest of it. What I want to know is who benefits from having a person who wants to die live longer than is their wish? Pain is not the only factor to be considered here. There are many other factors that govern one's will to live or not to live. If a person wants to terminate his life one week, two weeks or three weeks earlier, then who benefits if we prevent him or her from doing that? Who will benefit in a system whereby, instead of being able to properly end their lives, we place them in a position in which it will probably be botched up and end in a situation where, instead of dying with dignity, which is what everybody wants, they are forced to die by a method that would really not be their preferred method?

Ms Green: Of course, we are not talking about setting up a situation that forces people to kill themselves.

Senator Lucier: If I said that, I did not mean to say it.

Ms Green: We have a society which values life, one in which we do not encourage people to commit suicide. When we are aware someone is thinking of suicide we realize that it is a cry for help, and we try to find help for them.

Senator Lucier: It is not only a cry for help, is it?

Ms Green: I think it is.

Senator Lucier: It may be in many cases. What I am trying to say is that it is not always a cry for help. People who want to commit suicide are not crying for help; they are satisfied with the decision they have made. This is the distinction I would like you to address.

Ms Green: Yesterday, you heard from the hospice care doctors. Cecilia Moore and those who care about the dying and who want to make their final days as comfortable and as enriched as possible have said that what we need is not to open the doors to the acceptance of killing, or even to allow the promotion of killing, or to encourage those who are suicidal to think it is an acceptable way for them to be behaving, rather, we must concentrate our efforts on looking at why some people think their lives are so meaningless, that they are a burden, or that there is no hope for them. We must try to resolve whatever is causing them to feel like that.

[Traduction]

Le suicide est légal. On peut aujourd'hui se suicider. Ce qui nous intéresse, nous, c'est ce qui le distingue du suicide assisté. Comme l'a si clairement indiqué le sénateur Beaudoin, hier, c'est un sujet controversé au sujet duquel les juges de la Cour suprême se sont divisés, cinq contre quatre.

Dans ma propre famille, c'est une question qui nous divise. Et je serais surpris que les membres de ce comité ne puissent pas présenter des arguments légitimes pour chacune des deux thèses. La question est tellement controversée que nous pourrions fort bien défendre une thèse un jour et l'autre le lendemain.

Nous sommes tous préoccupés par le risque de pente glissante sur laquelle nous risquons de nous engager. Ce que je veux savoir, c'est qui peut bien avoir un intérêt quelconque à ce qu'une personne qui désire mourir soit obligée de continuer à vivre. Il n'y a pas que la souffrance à prendre en considération ici. Il y a bien d'autres facteurs qui influent sur la volonté d'une personne de vivre ou non. Si quelqu'un veut mettre fin à ses jours une, deux ou trois semaines à l'avance, quel peut bien être l'avantage de l'en empêcher? Qui bénéficie d'un système où les gens, au lieu de pouvoir mettre fin correctement à leurs jours, se trouvent exposés au risque d'une procédure mal exécutée? Qui peut bien bénéficier du fait qu'ils soient placés dans une situation où, au lieu de mourir dans la dignité, ce qui est le vœu de tout le monde, ils sont obligés de mourir d'une manière qui n'est pas vraiment celle qu'ils préfèrent?

Mme Green: Nous ne parlons évidemment pas ici d'une situation dans laquelle les gens seraient obligés de se tuer.

Le sénateur Lucier: Veuillez m'excuser, ce n'est pas du tout ce que je voulais dire.

Mme Green: Nous vivons dans une société qui valorise la vie, et qui n'encourage pas les gens à se suicider. Quand nous réalisons qu'une personne songe à se suicider, nous comprenons que c'est un appel au secours et nous essayons de nous porter à son aide.

Le sénateur Lucier: Ce n'est pas seulement un appel au secours, n'est-ce pas?

Mme Green: Je crois que si.

Le sénateur Lucier: Dans certains cas, peut-être, mais pas toujours. Certaines personnes qui désirent se suicider ne lancent aucun appel au secours. Elles sont parfaitement satisfaites de leur décision. Voilà précisément la distinction sur laquelle je voudrais avoir votre avis.

Mme Green: Nous avons entendu hier des médecins d'un établissement pour personnes âgées. Cecilia Moore et d'autres qui s'occupent d'agonisants, et qui tiennent à leur rendre leurs derniers jours le plus confortables et le plus enrichissants possible, nous ont dit que ce qu'il faut, ce n'est pas accepter la notion de mise à mort, ni même autoriser la promotion de mise à mort ou encourager les suicidaires à penser que leur comportement est acceptable, mais plutôt concentrer tous nos efforts sur l'examen des raisons pour lesquelles certaines personnes pensent que leur vie n'a plus de sens, qu'elles sont un fardeau pour la société ou qu'elles n'ont plus aucun espoir. Ce qu'il faut comprendre, c'est ce qui les amène à réagir comme cela.

[Texte]

Many people will say, "They would be better off dead." They look upon killing someone almost as if it is a blessing. Most of the people who talk that way are people who do not have a belief in the afterlife. Those of us who are Christians or Jews believe that there is a soul and that there is life after death. We, of course, are constrained from any thought of killing ourselves because we have been taught that it is wrong. We have been instructed that we cannot take our own lives.

Those who think that there is nothing, that we came out of the ooze like the frogs to develop, that life on earth is all there is and that death brings nothingness, are not being logical. Life, no matter how bad it is, is better than nothing. If they are wrong and there is a life after death, and we agree with them that they should be killed and we try to kill them, then we may be condemning them to eternal life in hell, if there is a hell.

Senator Lucier: We are not discussing whether someone will live or die over a period of time; we are talking about people who are saying, "I will die shortly." We are discussing whether they will die today, tomorrow, this week or next. I do not agree with your analysis, from a religious or any other point of view, that these people must be desperate. I am discussing people who, with a clear mind, have made a conscious decision of their own free will that they want to go a particular way. It is not a matter of whether or not they are going; they are going. They want to go in a particular way.

If you prevent them from doing that, who benefits?

Ms Green: I do not believe that a competent person who decides to kill himself should be encouraged to do so by society. It would be dangerous to everyone in society to have a culture in which we say, "Well, it is okay if you want to kill yourself. Go ahead. It is perfectly legitimate."

Senator Lucier: That is the law now.

Ms Green: If you had read the transcripts in the *Rodriguez* trial, senator, you would have seen that it is not against the law to kill oneself. The reason it is not against the law is because those who attempted suicide and were prosecuted for a criminal act were made worse.

Attempted suicide, or suicide itself, is seen as a cry for help. When people attempted suicide and survived, the obvious way to help them was not to incarcerate them and accuse them of a crime; it was to get them medical treatment for their depression or whatever else was causing them to attempt to kill themselves. The natural human instinct is to maintain life, to want to live. It is unnatural for someone to say, "I want to die."

Senator Lucier: I disagree with you.

Ms Green: Although people may do it, I do not think that, as a society, we can afford to allow it to be encouraged by giving it public approval. We have one of the highest suicide rates in the world. That is shameful. Most of the people who are committing

[Translation]

Bien des gens diront de ces personnes: «Elles feraient mieux de mourir». À leurs yeux, tuer quelqu'un devient presque un soulagement. La plupart des personnes qui pensent ainsi sont des personnes qui ne croient pas à l'au-delà. Pour nous, Chrétiens ou Juifs, qui croyons à l'existence de l'âme et à la vie dans l'au-delà, la notion de suicide nous répugne parce qu'on nous a appris que c'est le mal. On nous a appris que nous n'avons pas le droit de mettre fin à nos jours.

Ceux qui pensent qu'il n'y a rien dans l'au-delà, que nous sommes issus du magma, comme les grenouilles, qu'il n'y a rien d'autre que la vie sur terre et que la mort débouche sur le néant ne sont pas logiques avec eux-mêmes. La vie, même si elle est mauvaise, vaut mieux que rien. S'ils ont tort et qu'il y a une vie dans l'au-delà, et si nous acceptons leur raisonnement et que nous les tuons, ils risquent de se condamner à la vie éternelle en enfer, s'il y a un enfer.

Le sénateur Lucier: Nous ne parlons pas ici d'une personne qui décide aujourd'hui si elle va mourir dans une échéance assez longue. Nous parlons d'une personne qui dit: «Je mourrai bientôt». C'est-à-dire d'une personne qui décide de mourir aujourd'hui, demain, cette semaine ou la semaine prochaine. Je ne suis pas d'accord avec vous, d'un point de vue religieux ou autre, quand vous dites que ces personnes doivent être désespérées. Ce qui m'intéresse, c'est le cas de personnes parfaitement saines d'esprit qui ont pris la décision, en toute conscience et en toute liberté d'esprit, de mettre un terme à leur vie d'une certaine manière. Il ne s'agit pas de savoir si elles vont mourir ou non, elles vont mourir. Ce qu'elles veulent, c'est mourir d'une certaine manière.

Si vous les empêchez de faire ce choix, qui en profite?

Mme Green: Je ne pense pas que la société doive encourager une personne compétente d'esprit qui décide de se suicider. Il serait très dangereux, pour tous les membres de la société, que l'on en arrive à dire: «Parfait, si vous voulez vous tuer, ça va. Allez-y. C'est parfaitement légitime.»

Le sénateur Lucier: Mais c'est ce que dit la loi actuelle.

Mme Green: Si vous avez lu le compte rendu du procès *Rodriguez*, sénateur, vous savez que la raison pour laquelle il n'est pas illégal aujourd'hui de se suicider est que l'on a causé beaucoup de mal quand on a intenté des poursuites contre des personnes qui avaient tenté de le faire.

La tentative de suicide, et le suicide lui-même, sont des appels au secours. Si une personne tente de se suicider et survit, il est évident qu'on n'a rien à gagner à la mettre en prison et à l'accuser d'avoir commis un crime. Ce qu'il faut faire, c'est lui offrir un traitement médical pour qu'elle sorte de sa dépression ou de ce qui l'a amené à tenter de se suicider. L'instinct naturel de l'être humain est de préserver la vie, de vouloir vivre. Ce qui n'est pas naturel, c'est de dire qu'on veut mourir.

Le sénateur Lucier: Je ne suis pas d'accord avec vous.

Mme Green: Même si des gens se suicident, je ne crois pas que nous puissions prendre la liberté, en tant que société, de les encourager en leur donnant notre approbation. Nous avons l'un des taux de suicide les plus élevés au monde. C'est une honte. La

[Text]

suicide are young and healthy. Why is it that in this society, in which there should be such hope and opportunity, we have such a high suicide rate?

Mr. Gerk: Senator, you are saying that there is a segment of society, who are rational and competent, who request assisted suicide. You have also said that, if we change their circumstances, their decision will not change. I would argue that the majority do not fall into that category.

Senator Lucier: So would I.

Mr. Gerk: Then we have to ask ourselves the question: Do we in Canada shift our attitude for a small segment of population? As a society, we have decided that, even though there are differences of opinion on a number of moral issues, we have chosen to draw the line on some of them and say that we will not change because they are fundamental to who we are as a society. Thus, we will not change them.

In this regard I am reminded of an article written in 1949 by Dr. Leo Alexander entitled, "Medical Science under Dictatorship". In his article he looked at the roots of why the medical establishment in Germany took the route it did. It was not just because of a period of national socialism. It was because of something that happened in the 1920s. He argued that there was a basic shift in attitude, that there is such a thing as a life not worthy of being lived.

Even though we might appear to be more caring to this small segment that has made this competent decision, the implication in our shift in attitude would be so great that it would be difficult to control the "genie", so to speak. The price would be too great.

Senator Keon: You began your brief with reference to the UN Charter, and the Universal Declaration of Human Rights. On page two in quotation marks with regard to distinctions you say that it states there is to be no distinction of any kind, "such as race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status." Age is not mentioned. Age is mentioned specifically in the Canadian Charter. It is also mentioned in the Ontario Bill of Human Rights. To the best of my knowledge it is also in the American Bill of Human Rights, and even in the Magna Carta.

In terms of the broader issue of health care delivery in Britain, for example, under the socialist system cutoffs were made according to age for the application of some expensive therapies. This is an important issue. Offhand, do you know if age is mentioned specifically in the UN Charter?

Ms Green: I do not believe so. It states that it is regardless of birth or other status. It would be a distinction to say that you can kill two-year olds but not 20-year olds, or that a 20-year old can have a kidney transplant but an 80-year old cannot. Of course,

[Traduction]

plupart des gens qui se suicident sont jeunes et en bonne santé. Comment se fait-il que nous ayons un taux de suicide aussi élevé, dans une société offrant pourtant tellement d'espoir et d'opportunité?

M. Gerk: Vous dites, sénateur, qu'il y a des personnes rationnelles et saines d'esprit qui demandent le suicide assisté. Vous dites aussi que leur décision ne changerait pas même si nous changions leur situation. J'affirme pour ma part que ce n'est pas le cas de la majorité.

Le sénateur Lucier: Moi aussi.

M. Gerk: Nous devons donc nous poser la question suivante: Devons-nous changer d'attitude, au plan social, dans l'intérêt d'une fraction minime de la population? Bien que nous puissions avoir des divergences d'opinion sur certaines questions de moral, nous avons décidé, en tant que société, de tracer une limite à un certain moment et de dire que c'est une caractéristique fondamentale de ce que nous sommes comme société. Voilà pourquoi nous ne devons pas changer.

Cela me rappelle un article rédigé en 1949 par le docteur Leo Alexander, et intitulé *Medical Science under Dictatorship*. Dans cet article, il se demandait pourquoi la collectivité médicale d'Allemagne a agi comme elle l'a fait. Ce n'était pas seulement une question de nazisme, c'était relié aussi à quelque chose qui s'est produit dans les années 20. D'après lui, il y a eu à ce moment-là un changement fondamental d'attitude, c'est-à-dire que l'on en est arrivé à penser qu'il pouvait y avoir des vies qui ne valaient pas la peine d'être vécues.

Même si nous croyons être plus généreux envers cette petite frange de la population qui a pris sa décision en connaissance de cause, les conséquences de notre changement d'attitude seraient tellement énormes qu'il serait difficile de remettre «le diable» dans sa bouteille, pour ainsi dire. Le prix à payer serait donc beaucoup trop élevé.

Le sénateur Keon: Vous avez commencé votre exposé en invoquant la Charte des Nations unies et la Déclaration universelle des droits de l'homme. Vous avez ainsi rappelé que la Déclaration dispose qu'on ne doit faire aucune distinction, «notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation». L'âge ne figure pas dans cette liste, alors qu'on le mentionne dans la Charte canadienne ainsi que dans la Déclaration des droits de la personne de l'Ontario. À ma connaissance, il figure aussi dans la Déclaration des droits de l'homme aux États-Unis, et même dans la Grande Charte.

D'un point de vue plus concret, concernant les soins de santé, on sait qu'une limite d'âge a été appliquée en Grande-Bretagne, sous le régime socialiste, au sujet du recours à certaines thérapies coûteuses. C'est là une question importante. Savez-vous donc si l'âge est mentionné ailleurs dans la Charte des Nations unies?

Mme Green: Je ne crois pas. On dit cependant qu'il ne faut faire aucune distinction fondée sur la naissance ou toute autre situation. Dire que l'on peut tuer des enfants de deux ans mais pas de 20 ans ou qu'un jeune de 20 ans peut avoir une transplanta-

[Texte]

that would be distinction by age. Where it says "such as", room for the inclusion of other areas of distinction is left.

Mr. Gerk: I would argue that the concept of "everyone" having the right to life would cover the age distinction.

Senator Beaudoin: In any event, that has been taken care of by the international covenants which followed. I do not remember if it is included explicitly in the 1948 United Nations Charter. However, implicitly, I think we may come to that conclusion because of the two words "such as".

In any case, I am satisfied with the international covenants that came after the 1948 charter on human rights. Age is now protected either implicitly or expressly in our democracies.

You raise an interesting problem. Do we favour young people over old people? In my opinion, it is a question of interpretation. In Canada we rely on the Supreme Court of Canada and the United States relies on its superior courts for that interpretation. Europe has its Human Rights Court. There is also the international court.

What is fascinating is that people are relying on charters to come to opposite conclusions. However, that is part of the debate.

Senator Perrault: The Pro-Life Society of British Columbia has, of course, worked diligently to oppose abortion and abortion legislation. As an alternative, your organization has put in place a support program to provide an alternative for those people who may otherwise resort to abortion.

In the case of euthanasia in its various forms, are you suggesting that we should have a support organization which will help people make a decision for life as far as their own life span is concerned?

Mr. Gerk: I hope it will not come to that in the sense that the state would recognize that this is an integral part of who we are.

Senator Perrault: It still does not solve the human problem, does it?

Mr. Gerk: No, it does not. My exposure to the whole palliative care, hospice system, did not take place until my father became terminally ill. Only then did I realize what was in place. People still fall through the cracks.

Senator Perrault: Do you have a palliative care program in the Okanagan?

Mr. Gerk: Yes, we do.

Senator Perrault: Is it comprehensive?

Mr. Gerk: In fact, the hospital has just opened a brand new ward.

Senator Perrault: Do the churches work together to provide volunteers?

[Translation]

tion de rein, mais pas un vieux de 80 ans, reviendrait à mon avis à faire clairement une distinction fondée sur l'âge. Autrement dit, les termes «de toute autre situation» pourraient s'appliquer à de telles circonstances.

M. Gerk: Dans la mesure où il est dit que «chacun» peut se prévaloir du droit à la vie, cela interdit toute distinction fondée sur l'âge.

Le sénateur Beaudoin: De toute façon, cette question a été réglée par les pactes internationaux qui ont été ratifiés plus tard. Je ne sais pas si on en parle de manière explicite dans la Charte des Nations unies de 1948, mais on le fait de manière tout au moins implicite quand on parle de «toute autre situation».

Quoi qu'il en soit, cela a été prévu dans les pactes internationaux. Il est donc aujourd'hui de faire de la discrimination fondée sur l'âge, de manière implicite ou explicite, dans nos démocraties.

Vous soulevez cependant un problème intéressant. Doit-on favoriser les jeunes par rapport aux vieux? À mon avis, c'est une question d'interprétation. Pour savoir comment interpréter les textes, on s'en remet à la Cour suprême au Canada, aux cours supérieures aux États-Unis, à la Cour européenne des droits de la personne puis, si on le souhaite, à la Cour internationale.

Ce qui est fascinant c'est de voir que des gens tirent des conclusions radicalement opposées du même texte. C'est sans doute ce qui rend le débat intéressant.

Le sénateur Perrault: Votre organisation, la *Pro-Life Society of British Columbia*, milite évidemment contre l'avortement et sa légalisation. À titre d'option, elle a proposé un programme de soutien à l'intention des personnes qui pourraient être tentées d'avoir recours à l'avortement.

Croyez-vous que nous pourrions aussi mettre sur pied un organisme de soutien pour aider les gens qui pourraient être tentés de vouloir mettre fin à leurs jours, d'une manière ou d'une autre?

M. Gerk: J'espère que l'on n'en arrivera pas là, c'est-à-dire que l'État continuera de considérer que la vie est une valeur fondamentale.

Le sénateur Perrault: Mais cela ne résout toujours pas le problème humain en soi, n'est-ce pas?

M. Gerk: Non. C'est seulement quand mon père est entré en phase terminale que j'ai eu des contacts avec les systèmes de soins palliatifs et le système des hospices. C'est à ce moment-là que j'ai réalisé qu'il y avait une structure de soutien. Il n'empêche que certaines personnes ne réussissent pas à en bénéficier.

Le sénateur Perrault: Y a-t-il un programme de soins palliatifs dans la vallée de l'Okanagan?

M. Gerk: Oui.

Le sénateur Perrault: Est-ce exhaustif?

M. Gerk: En fait, l'hôpital vient tout juste d'inaugurer une nouvelle aile pour cette catégorie de soins.

Le sénateur Perrault: Les églises collaborent-elles en proposant des bénévoles?

[Text]

Mr. Gerk: Yes, they do. We do not have a hospice in Kelowna, but, because of the nature of this debate, we are considering opening one.

The debate has been positive in that it has opened our eyes as to what is in place and what is not, and why people are asking for changes. There are some areas, blind spots, in which we have failed as a society. I believe I speak for the pro-life movement when I say that we stand ready to look at areas in which we can assist in order to provide a caring, nurturing network to complement what is already there in terms of the fine, outstanding work done by the many volunteers involved with hospice and palliative care.

Senator Perrault: It is encouraging to hear that. The cries for help are increasing, are not they?

Mr. Gerk: There is fear. I have spoken to a number of church organizations. Even the nature of the debate has changed. We all know of people who have been kept alive at all costs when they probably should have been allowed to die peacefully. What concerns me is that that is how they see the debate. I am saying, "No, that is not what we are talking about."

The medical profession, of course, needs to look at where they have failed in the area of expressing to their patients the right to refuse treatment.

However, people are still insisting that this is a major part of the debate. Thus, there is widespread fear that people will be kept alive on tubes and a number of machines. Much work has to be done to change that perception and to educate the medical community. Perhaps physicians are afraid because we live in such litigious times.

Senator Perrault: Would either of you suggest that at the present time our doctors are instructed adequately in palliative care, or could we be doing more in that area?

Mr. Gerk: Our family had to go to another physician who had experience and who was well educated in the field. My father died peacefully thereafter. But we had to "fire" our physician, so to speak, and go to someone else.

The Chairman: Thank you for appearing today.

Our next witnesses are from Goodbye — A Right-to-Die Society.

Mr. Charles Clapham, Director, Goodbye — A Right-to-Die Society: Madam Chairman, I am accompanied by Ms Darlene Miller who will speak after me. I wish to speak specifically to the brief, but I will shorten it. Darlene will comment on the concerns we hear when our society is contacted.

[Traduction]

M. Gerk: Oui, elles le font. Nous n'avons pas d'hospices à Kelowna mais, considérant la nature du débat auquel nous participons, nous envisageons d'en ouvrir un.

Ce débat aura été positif dans la mesure où il nous aura ouvert les yeux sur ce qui existe et ce qui n'existe pas, et sur ce qu'il faut changer. Il est évident qu'il y a certaines lacunes dans notre société. Je crois pouvoir m'exprimer au nom de tout le mouvement pro-vie en disant que nous sommes prêts à envisager toutes les formes d'aide possible pour contribuer à l'établissement d'un système de soins généreux et positif, pour appuyer le travail déjà exceptionnel que font bon nombre de bénévoles dans les hospices et dans les établissements de soins palliatifs.

Le sénateur Perrault: C'est encourageant à entendre. Il y a de plus en plus d'appels à l'aide, n'est-ce pas?

M. Gerk: On a peur. J'ai discuté de la question avec un certain nombre d'organisations religieuses et nous avons constaté que c'est même la nature du débat qui a changé. Nous avons tous entendu parler de gens que l'on a maintenu en vie à tout prix alors qu'on aurait probablement dû les laisser mourir en paix. Ce qui me préoccupe, c'est qu'on a parfois l'impression que c'est de cela qu'il s'agit aujourd'hui, alors qu'il est évident que ce n'est pas le thème du débat.

Il faut évidemment que la profession médicale se demande sérieusement où elle a échoué en ce qui concerne la communication aux patients de leur droit à refuser un traitement.

Certaines personnes s'imaginent cependant que c'est là le thème central de notre débat, c'est-à-dire qu'il s'agit de savoir si on va maintenir les gens en vie à tout prix, avec des tubes et des machines. On a déjà beaucoup fait pour changer cette impression et pour éduquer le monde médical, mais il se peut que les médecins aient peur parce que nous vivons à une époque où le recours aux tribunaux est devenu quasi instinctif.

Le sénateur Perrault: Croyez-vous que nos médecins reçoivent une instruction adéquate en matière de soins palliatifs ou que l'on pourrait faire mieux à ce sujet?

M. Gerk: Je dois vous dire que notre famille a dû s'adresser à un autre médecin qui connaissait beaucoup mieux le problème. Cela a permis à mon père de mourir tranquillement. Mais nous avons dû «renvoyer» notre médecin, pour ainsi dire, afin d'en recruter un autre.

La présidente: Je vous remercie d'être venus témoigner aujourd'hui.

Nos témoins suivants représentent un organisme qui s'appelle *Goodbye — A Right-to-Die Society*.

M. Charles Clapham, directeur, Goodbye — A Right-to-Die Society: Madame la présidente, je suis accompagné aujourd'hui de Mme Darlene Miller, qui prendra la parole après moi. Je vais exposer les thèmes principaux de mon mémoire, après quoi Darlene vous donnera des précisions sur les questions que nous nous posons lorsque des gens entrent en contact avec notre société.

[Texte]

Many of the points we make in our brief have been made by others, so I think there is little to be gained by repeating them. What we would like to do is highlight parts of our brief. Our experiences might be different from those of others.

In our brief we talk about who we are; who should be eligible for euthanasia or assisted suicide; who should perform euthanasia or assist in a suicide; the abuses of the present system; the potential abuses if we do change it; and what safeguards we should consider.

Our society was formed in 1990 when David Lewis, who was a Vancouver AIDS activist, said that he had helped some of his friends to die. There was a lot of interest in permitting more choice to people as to the way their lives would end. We wanted to consider the application of medical science to the needs of those who, because of an incurable condition, wanted to choose euthanasia as an honourable alternative to an unacceptable existence. We were at that time the only right-to-die society in Canada advocating active euthanasia as a legitimate choice for individuals. There was also the Dying with Dignity Society in Toronto which, however, did not advocate active euthanasia.

Our policy has always been to advance our position legally, and to act within the law. We made donations to Sue Rodriguez' defence fund. We have written letters to senators, which is, no doubt, why we have been invited here today. We participated in the British Columbia project to review adult guardianships so that health care representatives could become legal entities to help in making decisions for people who became mentally incompetent.

We are a full member of the World Federation of Right-to-Die Societies. In fact, we attended their meeting last month. Being a member of this federation gives us an opportunity to talk to other individuals and groups who are interested in this topic.

We sent you a copy of our brief, including a copy of our living will. There are a few things therein which are relevant to the position we take. When a members makes a living will the following statement is signed:

IF MY MEDICAL CONDITION BECOMES HOPELESS and death is the only predictable outcome, I ask that my physician prescribe whatever medications I can use to make my death as gentle and timely as possible. I note that at present, Canadian law bars physicians from intentionally hastening death, even at the repeated request of a terminally ill patient who is subject to physical and/or emotional suffering. However, the understanding of what is legal and ethical is changing rapidly as Medicine and Society become more responsive to the desire of dying patients. I am

[Translation]

Bon nombre des arguments présentés dans notre mémoire l'ont déjà été par d'autres et je n'ai donc pas l'intention de les répéter. Je voudrais plutôt m'efforcer de mettre l'accent sur ce qui nous distingue des autres.

Nous abordons dans notre mémoire les points suivants: qui nous sommes; qui devrait être admissible à l'euthanasie ou au suicide assisté; qui devrait se charger de l'intervention; les abus du système actuel; les abus qui risquent d'apparaître si nous le modifions; et les mesures de sauvegarde que nous devrions envisager.

Notre société a été fondée en 1990, lorsque David Lewis, un artiste de Vancouver atteint du sida, a déclaré qu'il avait aidé certains de ses amis à mourir. Cette révélation a suscité beaucoup d'intérêt de la part de personnes souhaitant bénéficier d'une gamme plus vaste de choix quant à la manière dont leur vie prendrait fin. Nous voulions nous pencher sur l'application de la science médicale aux besoins des personnes qui, à cause d'une maladie incurable, préfèrent l'euthanasie à un mode de vie inacceptable. À l'époque, nous étions la seule organisation canadienne défendant le droit à la mort et recommandant l'euthanasie active comme choix légitime. Il y avait également à la même époque une organisation de Toronto, appelée *Dying with Dignity Society*, mais elle ne recommandait pas l'euthanasie active.

Nous avons toujours eu pour politique de défendre notre position légalement et d'agir dans le respect du droit. Nous avons fait des dons au fonds de défense de Sue Rodriguez. Nous avons écrit à des sénateurs, ce qui est probablement la raison pour laquelle nous avons été invités à témoigner devant votre comité aujourd'hui. Nous avons participé au projet de la Colombie-Britannique de révision des dispositions relatives à la tutelle des adultes, de façon à permettre à des représentants du système de santé de devenir des entités juridiques capables de prendre des décisions pour les personnes perdant la capacité de le faire.

Nous sommes membre à part entière de la Fédération mondiale des associations pour le droit de mourir dans la dignité. De fait, nous assistions le mois dernier à l'assemblée de la Fédération. Cette participation nous permet de maintenir des contacts avec d'autres personnes ou organismes intéressés par cette question.

Nous vous avons adressé notre mémoire, dans lequel figure un exemplaire de notre testament euthanasique. Je crois qu'il vaut la peine de le citer car il contient certains éléments touchant directement notre position. Lorsqu'un membre de notre société fait un testament euthanasique, il signe la déclaration suivante:

SI MON ÉTAT DE SANTÉ DEVIENT DÉSESPÉRÉ et que la mort est le seul résultat prévisible, je demande à mon médecin de me prescrire n'importe quel médicament que je peux utiliser pour rendre ma mort aussi douce et tranquille que possible. Je sais qu'il est actuellement interdit en droit canadien aux médecins d'accélérer délibérément la mort, même si un patient atteint de maladie terminale est sujet à des souffrances physiques et (ou) psychologiques en fait la demande de manière répétée. Toutefois, l'interprétation de ce qui est légal et éthique change rapidement, à mesure que la

[Text]

therefore asking that my physician carry out the above directions within the legal and ethical constraints at the time.

I am sure things that are done now were not considered ethical five or ten years ago as society's attitudes to these aspects change.

The second statement which I should like to read says:

I RESERVE the right to revoke this DIRECTIVE at any time but, unless I do so, it should be taken to represent my continuing directions. I hereby deliberately ACCEPT THE RISK that I may no longer be able to revoke the directive if the circumstances of my above declaration arrive. I do this in order to exclude a risk which is greater to me, namely that I should continue living in circumstances that are not acceptable to me.

In other words, as individuals, we accept the fact that we are taking a risk. We just want to make people aware that there is that risk.

We try to make it easier for medical people to make the decision to withhold treatment when we request it by, first, obtaining optional, additional signatures on our living wills. All members of my family have signed my living will stating that they are aware of my wishes. My daughter says she herself would not want to do it, but she respects my wishes. My wishes are known ahead of time.

Our living will also has provision for updates. When I go for an annual check-up, it is signed at the doctor's office. When the time comes that my living will may have to be implemented, there may be 20 signatures which show that I have been of that opinion for a long time. Measures like this, I believe, help when a decision has to be made.

Who should be eligible for euthanasia or assisted suicide? We believe there are two groups of people. One is the person who is terminally ill or who has an incurable condition from which there is no hope of recovery. If that person is mentally competent, and has expressed repeatedly and consistently a wish not to continue living, then we think that person should be able to receive euthanasia, that is, administered death or assisted suicide.

We think the majority of Canadians accepts that a terminally ill individual, such as the late Sue Rodriguez, should be able to say when she believes an acceptable life has ended for her and to request euthanasia. An individual who is incurable but not terminally ill, such as the late Nancy B., should be permitted to say that such a life is intolerable to her and request its termination.

[Traduction]

médecine et la société se montrent prêtes à mieux respecter les désirs des patients agonisants. Je demande donc à mon médecin de respecter les instructions ci-dessus, dans le cadre des contraintes juridiques et éthiques en vigueur.

Je suis sûr que l'on fait aujourd'hui certaines choses qui auraient été jugées contraires à l'éthique il y a cinq ou dix ans, parce que la société réagit différemment à cette problématique.

Je voudrais également vous lire la deuxième déclaration:

JE ME RÉSERVE le droit de révoquer cette DIRECTIVE à n'importe quel moment mais, tant que je ne l'aurai pas fait, on doit considérer qu'elle représente mes instructions légitimes. J'ACCEPTÉ donc délibérément LE RISQUE de ne plus être apte à révoquer cette directive si les circonstances envisagées dans la déclaration ci-dessus apparaissent. Je prends cette décision de façon à exclure un risque qui est plus grand que moi, à savoir continuer de vivre dans des circonstances que j'estime inacceptables.

Autrement dit, nous reconnaissons par ce texte que nous prenons un risque. Nous voulons ainsi que les gens soient pleinement conscients de l'existence de ce risque.

Afin de permettre au personnel médical de prendre plus facilement la décision de suspendre le traitement si nous le demandons, nous veillons à ce que nos testaments euthanasiques soient également signés par d'autres personnes, mais cela est facultatif. Dans mon cas, tous les membres de ma famille ont signé mon testament euthanasique, confirmant ainsi qu'ils connaissent ma volonté. Ma fille même, qui dit qu'elle ne serait pas prête à agir ainsi dans son propre cas, accepte de respecter ma volonté. Et celle-ci est connue à l'avance.

Nous avons également prévu la possibilité de mettre à jour un testament euthanasique. Quand je vais voir mon médecin pour mon examen annuel, mon testament euthanasique est également signé par le cabinet du médecin. Ainsi, si l'on doit jamais appliquer les dispositions de mon testament euthanasique, on trouvera sur le document une vingtaine de signatures montrant que telle était ma volonté depuis fort longtemps. À mon avis, des mesures comme celles-là sont fort utiles quand vient le moment de prendre une décision.

Qui devrait être admissible à l'euthanasie ou au suicide assisté? D'après nous, deux groupes. Le premier est celui des personnes atteintes d'une maladie terminale ou d'une affection incurable dont ils n'ont aucun espoir de se rétablir. Si ces personnes sont aptes à décider, et si elles ont exprimé de manière répétée et constante le désir de ne pas continuer de vivre, nous pensons qu'elles devraient avoir le droit à l'euthanasie, c'est-à-dire à une mort médicalisée ou au suicide assisté.

Nous pensons que la plupart des Canadiens estiment qu'une personne souffrant de maladie terminale, comme c'était le cas de Sue Rodriguez, devrait avoir la possibilité de dire quand elle estime que sa vie n'est plus acceptable et qu'elle souhaite l'euthanasie. Une personne atteinte de maladie incurable, mais pas terminale, comme ce fut le cas de Nancy B., devrait être autorisée à dire que cette vie lui est intolérable et qu'elle souhaite y mettre fin.

[Texte]

We would also permit euthanasia for patients who are mentally incompetent only if, when they were mentally competent, they expressed repeatedly and consistently a wish not to continue living under the circumstances in which they would permit persons to state in advance a wish to receive euthanasia should they become incurably ill and mentally incompetent, such as with dementia or Alzheimer's disease. We propose that is best set out in an advanced health care directive with a health care representative.

We have considered who should administer euthanasia or assisted suicide. There have been many suggestions to the effect that doctors should not do it, that it would be a conflict of interest for them, that they should be interested in preserving life and not be involved in ending it. We do not take a stand one way or the other as to who should do it. We think, logically, the doctor is the best person to do it. He has dealt with the patient up to that point in time. It would not seem realistic for the doctor to say, "I cannot do this for you. You will have to go to someone else to do it". Our only consideration is that it should be done by someone who is qualified and professionally trained to do the job. It would seem difficult for that to be someone other than the doctor, in the sense that we do not expect there will be many such cases. There will be, probably, only a few thousand people in Canada in any one year who will request this. There will not a long line of people waiting to be killed.

Since only a relatively few people would want this to be done, it seems logical that it would be done by those who have access to the medicines and the material. We are adamant that no individual physician should be forced to participate in this. A patient should not be able to insist that his doctor do it. If I request euthanasia, that service should be provided to me by people who are willing to provide it. We believe that enough physicians would be willing to provide this that finding someone would not be a problem.

In terms of what we call "abuses" of the present system and why there is pressure for change at the moment, we believe there are several reasons for that. There is the question of sustaining life beyond its desired limit. For example, a person decides that they have gone so far and would now like to be allowed to die. We receive reports from people who are ill and, although they have the right to refuse treatment when they are seriously ill with a cancer or whatever, it is suggested that they have just one more treatment. They really cannot resist such pressure.

A physician's professional training is to prolong life. He believes that he can keep his patient alive longer. That is why quite a lot of people come to our society to say, "I do not want to

[Translation]

Nous estimons que l'on doit aussi autoriser l'euthanasie dans le cas de patients qui ne sont plus capables de décider, mais seulement s'ils avaient exprimé de manière répétée et constante, alors qu'ils étaient capables de le faire, le désir de ne plus continuer à vivre dans les circonstances où ils se trouvent. Ainsi, quiconque devrait pouvoir dire à l'avance qu'il souhaite l'euthanasie s'il est atteint d'une maladie incurable ou s'il perd ses facultés mentales, ce qui peut être le cas de personnes souffrant de démence ou de la maladie d'Alzheimer. À notre avis, la meilleure solution consisterait pour ces personnes à préparer une directive préalable de soins de santé, avec l'aide d'un membre de la profession médicale.

Qui devrait se charger des interventions? On a souvent dit qu'il ne faudrait pas confier cela aux médecins, car ils se trouveraient alors en conflit d'intérêt, leur mission étant de préserver la vie et non pas de contribuer à y mettre fin. Nous ne prenons aucune position à ce sujet. Logiquement, nous pensons que le médecin est la personne la mieux placée pour se charger de l'intervention. En règle générale, c'est lui qui se sera occupé du patient auparavant, et il paraîtrait anormal qu'il lui dise au moment de la décision: «Je ne peux pas faire cela pour vous, vous devrez aller voir quelqu'un d'autre». Notre seul critère est que l'intervention soit assurée par une personne compétente et ayant reçu une formation professionnelle. Il semble évidemment difficile de concevoir que cela puisse être quelqu'un d'autre qu'un médecin. De toute façon, nous ne pensons pas qu'il y aura beaucoup de cas de ce genre. Il n'y aura probablement d'une année à l'autre qu'un millier de personnes au Canada qui formuleront une telle demande. Il n'y aura certainement pas de longue liste d'attente de personnes souhaitant être mises à mort.

Comme le nombre de personnes risquant de demander l'euthanasie sera relativement limité, il paraît logique que l'intervention soit assurée par quelqu'un qui a accès aux médicaments et au matériel adéquats. Nous tenons cependant à souligner qu'aucun médecin ne devrait jamais être obligé à participer à une telle intervention. Aucun patient ne devrait pouvoir exiger cela de son médecin. Si je demande l'euthanasie, ce service devrait m'être fourni par des gens qui sont prêts à le faire. À notre avis, il devrait y avoir suffisamment de médecins prêts à assurer l'intervention pour que personne n'ait de difficulté à obtenir ce service.

Abordons maintenant ce que nous appelons les «abus» du système actuel, ainsi que les raisons pour lesquelles on demande actuellement qu'il soit modifié. À notre avis, il y en a plusieurs. Il y a d'abord la question du maintien de la vie au-delà de la limite souhaitée par le patient. Par exemple, il y a des cas de personnes qui ont accepté certains traitements et qui décident que cela suffit. Nous savons cependant qu'il y a des malades qui, même s'ils ont le droit de refuser un traitement alors qu'ils sont gravement malades, par exemple parce qu'ils sont atteints de cancer, se font recommander un dernier traitement par leur médecin. Et il leur est difficile de résister à ce genre de pression.

Le rôle du médecin est de prolonger la vie. C'est ce qu'il a appris et c'est pourquoi il pense qu'il devrait pouvoir maintenir plus longtemps son patient en vie. Voilà pourquoi bien des gens

[Text]

be put into that position. I saw my husband go through this and I do not want to have to go through it." Sustaining life beyond its desired limit happens in the present system.

An example we give which illustrates this point is what we call "unnecessary resuscitation" which, again, is perhaps excessive treatment. There are patients who, at their request and with the agreement of their physician, do not want to be resuscitated. This happens in hospitals by identifying the patients as a "DNR" patient. In Canada, the system does not extend effectively outside the hospital. I know that, theoretically, patients can carry mobile DNR orders in their pocket, or whatever, but when they collapse those orders are not found or they may be at home.

In the United States there are several systems where outside the hospital patients carry identifying symbols. Typically, it is a green band attached around the wrist or ankle. Paramedics who are called to such patients are not allowed to resuscitate them, but merely to comfort and assist. These green bands are issued to a patient by a doctor, when the doctor consents that such a procedure is appropriate.

We have written and talked to the B.C. Medical Association in an attempt to have green bands introduced into this province. We have been to palliative care facilities. Some interest has been expressed by some nursing and acute care hospitals. However, there is little incentive in the Canadian system to introduce such a system.

The Chairman: Mr. Clapham, would you explain what you mean by "the green-band system", please?

Mr. Clapham: We have documentation on it from Orange County where Dr. Richard Pitts has such a system. It involves patients who have had repeated cardiac failures. It indicates a desire that, if they have another major cardiac arrest, they do not want to be resuscitated. Such patients are issued by their doctor, if they so request it, a green band which they wear on their wrist or ankle. In this way, if they have a cardiac arrest when they are out in the street they are not resuscitated when the ambulance arrives.

A talk was given locally by an active care nurse who said that one of the most frustrating situations she comes across is when a person who has suffered heart attack is brought into the hospital already resuscitated and then they discover that the patient did not want to be resuscitated. We have been trying to talk with her about introducing such a green-band system here.

The medical community has expressed little interest in our suggestions because all of what I have called the "abuses" in the system relate to treatment. All of the emphasis is on treating the patient and prolonging life. Any movement — not just euthanasia — which, in a way, tries to reduce the amount of treatment for people who do not want to be treated is difficult to introduce. Thus, euthanasia falls into the category of situations where people try to avoid being treated. They do not want to be treated.

[Traduction]

s'adressent à notre société pour nous dire: «Je ne veux pas me retrouver dans cette situation. J'ai vu par quoi mon mari est passé et je ne veux pas subir la même chose.» Nous parlons donc ici d'acharnement thérapeutique qui, nous le savons tous, existe dans le système actuel.

Nous savons qu'il y a aussi des cas où des personnes sont «ressuscitées inutilement», ce qui représente à nouveau une forme potentielle d'acharnement thérapeutique. Or, il y a des patients qui demandent à ne pas être ressuscités, et qui ont l'accord de leur médecin. On le voit dans les hôpitaux où certains patients sont classés «NPR». Au Canada, ce système n'existe pas à l'extérieur des hôpitaux. Je sais que certaines personnes peuvent avoir dans leur poche des instructions NPR, mais qu'on ne les trouve pas au moment où elles s'évanouissent, par exemple.

Aux États-Unis, il existe plusieurs méthodes qui permettent aux patients d'indiquer leur volonté lorsqu'ils se trouvent à l'extérieur de l'hôpital. En règle générale, ils le font en portant un bracelet vert au poignet ou à la cheville. Lorsque le personnel paramédical est appelé au chevet d'un tel patient, il n'est pas autorisé à le ressusciter mais seulement à le réconforter et à l'aider. Ces bracelets verts sont remis au patient par le médecin, lorsque celui-ci estime que la procédure est adéquate.

Nous avons écrit à l'Association médicale de la Colombie-Britannique pour tenter de faire adopter les bracelets verts dans la province. Nous nous sommes adressés également à des établissements de soins palliatifs. Cette idée a suscité un certain intérêt de la part de certains établissements de soins infirmiers et d'hôpitaux de soins aigus. Nous ne percevons cependant pas d'intention générale d'adopter ce système au Canada.

La présidente: Monsieur Clapham, pourriez-vous expliquer ce qu'est ce système de bracelets verts?

M. Clapham: C'est le docteur Richard Pitts, de Orange County, où existe ce système, qui nous a adressé des documents à ce sujet. Le système concerne les patients qui ont souffert de multiples crises cardiaques. Avec le bracelet vert, ils indiquent qu'ils ne veulent pas être ressuscités s'ils ont une autre crise cardiaque massive. Le bracelet vert leur est remis par leur médecin s'ils en font la demande. Ainsi, s'ils font une nouvelle crise cardiaque dans la rue, on ne les ressuscite pas lorsque l'ambulance arrive.

Lors d'une conférence récente, une infirmière de soins aigus a déclaré que l'une des situations les plus difficiles dans lesquelles elle puisse se trouver est celle d'une personne qui a subi une crise cardiaque et qui arrive à l'hôpital ressuscitée, alors que l'on découvre qu'elle ne voulait pas l'être. Nous avons discuté avec elle pour l'inviter à diffuser l'idée du système de bracelet vert.

Le monde médical est fort peu intéressé par nos suggestions à cause de ce que j'appelle les «abus» du système actuel en matière de traitement. En effet, on y met uniquement l'accent sur le traitement et sur le maintien en vie. Toute organisation qui tente de réduire les traitements dispensés aux personnes qui ne veulent pas être traitées (je ne parle donc pas ici seulement de l'euthanasie) a donc du mal à se faire accepter. De fait, l'euthanasie tombe précisément dans la catégorie des situations où des gens ne veulent plus être traités.

[Texte]

The potential abuses of the changed system, if we allow people to choose to have euthanasia or assisted suicide, is that they may not understand what they are requesting or they may be killed when they have not requested euthanasia. To start with, we favour requiring two physicians to confirm that the condition is incurable and that the patient has been informed of the options available. We are in favour of requiring that a qualified professional confirm that the patient understands the options, is not temporarily depressed, and has selected euthanasia or assisted suicide voluntarily.

Some persons maintain that, in a climate where euthanasia is legal, individuals may feel they should die early if they are causing hardship to their family and those around them, even though there is no overt pressure from the family. However, we would rely on the professional to ascertain that there has been no pressure or undue influence. If there is still a possibility that some will choose to die early for their family's sake, that is a motivation we would respect.

Some people believe that if they are diagnosed with Alzheimer's disease it may take them eight years to die and that during the last six years of their life they will not know what is going on. However, they are still concerned that, during those last six years, their families will still be under pressure. The fact that they would have nothing in life to appreciate and the fact that they would know what their families would be going through would be, for some, a legitimate motivation to request euthanasia.

Fear that persons may be killed when they have not requested euthanasia is one circumstance which leads to the requirement for safeguards. The only people who should be eligible for euthanasia are those who are mentally competent and who request euthanasia, or those who, repeatedly, have requested it and who become mentally incompetent thereafter.

We recommend that euthanasia and assisted suicide be available to mentally competent persons who suffer from an incurable condition which makes life unacceptable to them. We recommend that safeguards be defined which would require the condition to be confirmed as incurable, the options explained to the patient, and assurance obtained that the patient's decision was not made under pressure. We further recommend that it be made available to mentally incompetent persons only if while mentally competent they repeatedly and consistently requested it for use in the circumstances they now face.

I would now ask Ms Darlene Miller to relate the kinds of questions and comments she hears from people who phone us as a society because they are looking for some other way out.

Ms Darlene Miller, Secretary, Goodbye — A Right-to-Die Society: Madam Chairman, members of the committee, thank you for the opportunity to appear before you today. I have read through all of the briefs that have been presented to you. I

[Translation]

Si l'on modifiait le système pour permettre aux gens de choisir l'euthanasie ou le suicide assisté, les risques d'abus seraient que certaines personnes ne comprennent pas vraiment ce qu'elles demandent, ou que l'on mette fin à leurs jours sans qu'elles aient demandé l'euthanasie. Voilà pourquoi nous préférierions que l'on demande à deux médecins de confirmer que l'état du patient est incurable, et que ce dernier a été informé de toutes les options disponibles. Nous recommandons que l'on demande à un professionnel qualifié de s'assurer que le patient comprend bien les options, qu'il ne souffre pas de dépression temporaire, et qu'il a choisi l'euthanasie ou le suicide assisté.

Certaines personnes affirment que, si l'euthanasie était légalisée, les gens pourraient être tentés de vouloir mourir prématurément pour ne pas causer de difficulté à leur famille ou à leurs proches, même en l'absence de pression quelconque de leur part. En conséquence, nous recommandons que l'on demande à un professionnel de s'assurer qu'il n'y a eu aucune pression ni aucune influence induite. Si une personne décidait tout de même de mourir prématurément pour le bien de sa famille, c'est un choix que nous serions prêts à respecter.

Certaines personnes croient qu'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer peut survivre pendant huit ans, et qu'elle ne saura plus du tout ce qu'elle fait pendant les six dernières années de sa vie. Elles craignent donc, si jamais cela leur arrivait, de placer leur famille dans une situation très difficile. Le fait qu'elles soient devenues incapables d'apprécier quoi que ce soit dans leur vie et qu'elles sachent dans quelle situation se trouverait leur famille pourrait être pour certaines une raison légitime de demander l'euthanasie.

Des mesures de sauvegarde s'imposent également pour garantir qu'aucune personne ne risque d'être euthanasiée si elle ne l'a pas demandé. Les seules personnes qui devraient être admissibles à l'euthanasie seraient les personnes capables de prendre la décision et en formulant la demande, ou celles qui, si elles perdent la capacité de décider, en ont formulé la demande de manière répétée auparavant.

Nous recommandons que les personnes aptes à décider et souffrant d'une maladie incurable qui rend leur vie intolérable aient le droit de demander l'euthanasie ou le suicide assisté. Nous recommandons des mesures de sauvegarde: que l'on soit obligé d'obtenir confirmation du caractère incurable de la maladie, que toutes les options disponibles soient expliquées au patient, et que l'on obtienne l'assurance que le patient n'a pas pris sa décision sous pression. Nous recommandons par ailleurs que les personnes inaptes à prendre une décision n'aient droit à l'euthanasie que si elles en ont fait la demande de manière répétée et constante avant de perdre leur capacité de décision.

Je vais maintenant demander à Mme Darlene Miller de vous parler des questions abordées par les personnes qui téléphonent à notre société parce qu'elles cherchent une autre manière de sortir de ce monde.

Mme Darlene Miller, secrétaire, Goodbye — A Right-to-Die Society: Madame la présidente, messieurs et mesdames les membres du comité, je vous remercie beaucoup de nous donner la possibilité de comparaître aujourd'hui. J'ai lu tous les mémoires

[Text]

appreciate very much the time and thoughtfulness you are giving to this almost insurmountable question. I am sure it is becoming more insurmountable every day.

I am here to talk about a simple matter. I answer the telephones for the Goodbye Society. We are a small group. We do not have an office or paid employees. The phone is in my home. As Russel Ogden said yesterday, we often deal with theory, ethics and philosophy but, every now and again, we must come down to earth and think about the actual people who find themselves in the position of asking for our help. I have been struck by how uninformed many of these people are. They are ill. They do not have the moral strength and energy needed to try to fight against the system.

I have also felt, just as Russel Ogden said yesterday, that our approach in asking for assisted suicide and euthanasia is not opposed in any way to palliative care or other options that are available to ill people. It is a kind of continuum. As I talk about the phone calls I receive and the questions I ask people, I think you will see how it filters down. We start with a large number of people and filter down to a small group at the end who just do not fit anywhere in the present system.

I often wonder how people who phone us even find out about us. We do not have an advertising budget. They just talk to a voice on the other end of the line. Their anonymity is certainly secure. I am not a threat to them in any way. I am not a caregiver. They are not dependent on me for anything. Therefore, they have no reason to be less than frank with me.

Many of the callers — in fact I would say most of the more serious callers — do not give their names. Many of those in this group ask me if the phone is bugged. That represents how, particularly younger people, feel this prohibition against thinking about suicide.

I cannot tell you exactly how many calls we receive because I do not keep records of them for reasons of confidentiality. However, I can say that we receive between 150 and 200 calls per year. Most of those are easily dealt with.

Many of the calls are from students who are writing essays or participating in a debate on the subject. They want some information. Many other calls are from people who want to join us. They are sympathetic to our views and want to know more about them. Those are dealt with easily. Some people join only to get our advanced health care directive, that is, the living will that Mr. Clapham has been talking about. All those calls are easily dealt with.

[Traduction]

qui vous ont été adressés et je suis parfaitement consciente de tout le temps et de l'énergie que vous consacrez à cette question quasi insurmontable.

Je suis ici pour vous parler de chose très simple. C'est moi qui répond au téléphone de la société *Goodbye*, qui est un petit groupe et n'a pas de bureau ou d'employés rémunérés. Le téléphone de la société se trouve chez moi. Comme l'a dit Russel Ogden hier, on peut bien parler de théorie, d'éthique et de philosophie mais, de temps à autres, on est obligé de revenir sur terre pour répondre à des personnes en chair et en os qui nous demandent notre aide. Ce qui m'a le plus frappé, c'est le manque d'information de ces personnes. Certes, ce sont des personnes qui sont généralement malades et qui n'ont pas la force et l'énergie requises pour lutter contre le système.

Je pense aussi, encore une fois comme le disait Russel Ogden hier, que notre démarche en faveur du suicide assisté et de l'euthanasie ne va aucunement à l'encontre de la prestation de soins palliatifs ou d'autres options dont disposent actuellement les malades. Ce sont des éléments d'un même processus. Comme c'est moi qui répond aux appels téléphoniques de la société, et aux questions de nos interlocuteurs, je puis vous dire que l'on commence avec un grand nombre de personnes qui se posent des questions, pour arriver en fin de compte à un petit groupe qui n'est absolument pas adapté au système.

Quand des gens nous appellent, je me demande souvent comment ils ont appris l'existence de notre société. Nous ne faisons aucune publicité. Évidemment, les personnes qui nous appellent ont une garantie absolue d'anonymat et je ne présente aucune menace à leurs yeux, puisque je ne fournis pas de soins et qu'elles ne dépendent de moi pour absolument rien. Elles n'ont donc aucune raison de ne pas être complètement franches avec moi.

La plupart des personnes qui appellent (ou plutôt, la plupart des personnes sérieuses qui nous appellent) ne donnent pas leur nom. Bon nombre me demandent si le téléphone est sur une ligne d'écoute. Cela montre bien que les gens, surtout les jeunes, sont intimidés par la réprobation sociale du suicide.

Je ne saurais vous dire exactement combien d'appels nous recevons, puisque je n'en prends aucune note, par souci de confidentialité. Selon mes estimations, le chiffre se situe entre 150 et 200 par an. Dans la plupart des cas, il est très facile de répondre.

Bon nombre des appels émanent d'étudiants qui préparent un devoir écrit ou un débat sur la question. Ils sont donc à la recherche d'information. Une deuxième catégorie vient de gens qui souhaitent adhérer à notre société. Ils sont favorables à notre cause et veulent obtenir des informations complémentaires. Certaines personnes n'adhèrent à la société que pour obtenir notre directive préalable de soins de santé, c'est-à-dire le testament euthanasique dont parlait M. Clapham. Là encore, ce sont des appels auxquels il est très facile de répondre.

[Texte]

I do get a few abusive calls. I even try to listen patiently to them unless people start to swear at me. That will cause me to hang up. I then let the answering machine take over.

I have never had a call from someone who was not sick. I have never had a call from a teenager who has broken up with his girlfriend or someone who has lost his job. I have never had any reason to feel that any of these calls are less than sincere. Some of them are harrowing.

Out of the 200 calls, 20 to 30 calls a year are difficult to deal with and they certainly take a lot out of me to handle. These calls are from people who are dying or who have an incurable disease. As a society, we do not limit our care to people who are necessarily terminally ill, we also deal with people who have incurable diseases that they find intolerable. The calls come from people who are themselves in these conditions, or who are dealing with friends or relatives who are in such positions.

Many of the people in this second group are desperate because earlier in the course of their friend's or relative's illness they have said, "I'll help you." It has now come down to the crunch and they have no idea what to do. The person is begging for help to end his life. Because we are called a "right-to-die" society people secretly hope that we are really a "how-to-die" society. They think that I will have the answer for them — I certainly do not. They also expect that we have a list of physicians who are willing to help them — we certainly have no such list.

Some of the callers are very direct. They come right to the point. Others are so indirect that we may talk for 10 minutes on the phone before I even get a hint that they are asking for information on suicide.

I would like to run through briefly the kind of questions that I work into my conversation with them to try to help them explore all the different avenues that might be open to them in their situation. When I look at these questions written down like this I realize that it all looks brusque and inquisitorial. I sincerely hope it does not come across like that when I am talking to people.

Because many people start out by saying they have had so many painful, prolonged treatments, and they do not want to go on with them but they do not know how to stop, I ask them if they are aware that any competent person now has the right to refuse treatment or ask for it to be withdrawn. Many of them do not know this. They think that if the doctor recommends that you do something, you really must do it. This information comes as quite a relief to some people.

I ask them if they, their friend or relative know what a living will is. Many people have never heard of it. I try to explain it to them. I ask them if, in fact, they have some form of living will. If they do have a living will, I ask if they have reread it recently and

[Translation]

Je reçois aussi de temps à autres des appels de personnes qui nous critiquent, et je les écoute avec patience tant qu'elles ne se mettent pas à m'insulter. Si cela arrive, je raccroche et je les laisse parler au répondeur.

Je n'ai jamais reçu un appel de quelqu'un qui n'était pas malade. Je n'ai jamais reçu d'appel d'un adolescent qui venait de quitter sa petite amie ou de quelqu'un qui venait de perdre son emploi. Je n'ai jamais eu aucune raison de penser que les personnes qui m'appelaient n'étaient pas sincères. Je reçois cependant quelquefois des appels extrêmement pénibles.

Sur les 200 appels que nous recevons par an, je dirais qu'il y en a une vingtaine ou une trentaine auxquels il est fort difficile de répondre et qui exigent beaucoup d'effort de ma part. Il s'agit de personnes qui sont sur le point de mourir ou qui souffrent d'une maladie incurable. Notre société n'offre pas ses services de soutien seulement aux personnes qui sont en phase terminale d'une maladie mais aussi à celles qui souffrent d'une maladie incurable et qui leur est devenue intolérable. Je dois dire que ce sont parfois les personnes malades elles-mêmes qui appellent la société, ou des personnes qui s'occupent d'amis ou de parents se trouvant dans cette situation.

On trouve dans cette deuxième catégorie des personnes désespérées parce qu'elles ont promis à leur ami ou parent malade de l'aider. Quand le moment est finalement arrivé de donner cette aide, elles ne savent plus quoi faire. Comme nous défendons «le droit de mourir dans la dignité», certaines personnes espèrent secrètement que nous allons leur donner des informations sur «comment mourir». Elles pensent que je pourrais leur donner une recette, ce qui n'est absolument pas le cas. Certaines espèrent que nous avons une liste de médecins prêts à les aider, et ce n'est absolument pas non plus le cas.

Certaines personnes sont très directes et disent immédiatement ce qu'elles veulent. D'autres le sont moins et c'est après plusieurs minutes de conversation que j'en arrive à soupçonner qu'elles demandent des informations sur le suicide.

Je voudrais vous indiquer brièvement les questions que je leur pose, pendant nos conversations, pour les aider à réfléchir aux différentes options qui s'offrent à elles. Lorsque je vois ces questions écrites sur le papier, je réalise qu'elles peuvent paraître assez brutales, mais j'espère sincèrement que ce n'est pas l'impression qu'en ont mes interlocuteurs.

Comme beaucoup de personnes commencent par dire qu'elles ont subi de nombreux traitements douloureux et prolongés et qu'elles ne veulent absolument plus en recevoir, ils ne savent pas comment arrêter et je leur demande s'ils savent que toute personne capable de décider par elle-même a le droit de refuser un traitement ou d'exiger son interruption. Beaucoup ne le savent pas. Les gens croient souvent qu'ils sont obligés de suivre les recommandations de leur médecin. Quand je leur dis que non, ils sont très soulagés.

Je leur demande ensuite si leur ami ou parent sait ce qu'est un testament euthanasique. Quand ils me disent que non, je leur explique de quoi il s'agit. En ce qui concerne ceux qui ont déjà rédigé un testament euthanasique, je leur demande s'ils l'ont relu

[Text]

if they are still in agreement with what they might have written 10 years ago. I suggest it may be a good idea, particularly for someone who is in this stage of illness, to reread their will, sign it again and date it. As Charles was saying, this shows that their wishes have not changed over the years.

I also point out to them that a living will is not the answer either. As the law in Canada stands now, we cannot ask in our living will for a physician to assist us with suicide. Senator Beaudoin, in some of the transcripts that I have read you have asked a number of times if we have a legal living will in Canada, and does that mean we can demand that our physician help us in this way. Certainly, even if the living will as it stands now were legal, we would not be able to ask for assisted suicide because of the provisions of the Criminal Code.

I ask them what seems to me to be the simplest question of all: "Have you talked with your physician about how you are feeling: that you are afraid, that you have all these concerns about the end of your life?" This is where, almost invariably, they say, "Oh, I couldn't talk to my doctor about that." This seems to me to be a pathetic statement about their relationship with their doctor. It is such that they cannot say, "I am nearing the end of my life. I am scared. What can I do?"

Older people, members of the generation that grew up thinking that you never question what the doctor says, feel that to bring something like that up with a doctor would be rather indelicate or rude. They feel that one should not be troubling the doctor with things of that nature. Younger people often say, "There is no point in bringing it up because I know he or she wouldn't talk to me about it."

I suggest that, perhaps, having a living will and taking it to their doctor and asking them to put it in their medical file would be a way of opening a door of communication on the subject with the doctor. It is a nonconfrontational way of opening up the subject. Many of the callers will agree to try this. The few who call me back — and I do not get a lot of feedback on how things work out — are sometimes pleasantly surprised. When they approach their doctor in this way, they find that the doctor is much more open and communicative than they expected.

If it is appropriate for their condition, I ask them if they have asked their doctor if he or she would be willing to use enough painkillers to keep the patient tolerably pain free, even though the patient and the doctor both know that such doses might shorten their lives. Many of the callers know that their doctors would not consider this. Many others feel that they could not possibly discuss it with their doctors.

I ask if their doctor has explained to them the course of their disease, what is to be expected in the future and the options that are open to them. The answer to this question is often "No." I ask

[Traduction]

récemment et s'ils acceptent encore tout ce qu'ils ont pu y inclure des années auparavant. Je leur dis qu'il serait peut-être bon, surtout dans le cas d'un patient dont la maladie est avancée, de relire leur testament et de le signer à nouveau en indiquant la date. Comme le disait Charles, cela montre que leurs volontés n'ont pas changé au cours des années.

J'ajoute cependant qu'un testament euthanasique n'est pas non plus la réponse ultime à leur problème. En effet, en droit canadien, on ne peut demander dans notre testament euthanasique qu'un médecin nous aide à nous suicider. Dans les procès-verbaux de vos séances antérieures, j'ai lu que le sénateur Beaudoin a demandé à plusieurs reprises si le testament euthanasique est un document légal au Canada, ce qui voudrait dire que nous pouvons exiger que notre médecin nous aide de cette manière. Je dois dire que, même si le testament euthanasique était légal, nous ne pourrions pas y demander un suicide assisté, à cause des dispositions du Code criminel.

Je pose ensuite à mes interlocuteurs la question la plus simple de toutes: «Avez-vous discuté de vos réactions avec votre médecin? Lui avez-vous dit que vous avez peur et que vous êtes très inquiet au sujet de vos derniers jours?» Presque tous me répondent alors: «Non, comment pourrais-je parler de cela à mon médecin?» Cette réponse me semble bien indiquer l'état pathétique des relations des patients avec le médecin. En effet, ils n'osent même pas dire: «J'arrive à la fin de ma vie et j'ai peur. Que puis-je faire?»

Les personnes âgées, c'est-à-dire les gens qui ont été élevés en pensant qu'on ne doit jamais contester son médecin, estiment qu'aborder une telle question avec lui serait un signe d'indélicatesse, voire de grossièreté. À leur avis, on ne doit pas embêter le médecin avec des questions semblables. Quant aux jeunes, ils répondent souvent: «À quoi ça servirait de lui en parler, il ou elle refusera d'en discuter.»

Dans ce cas, je leur dis qu'ils peuvent préparer un testament euthanasique et le remettre à leur médecin, pour qu'il le classe dans leur dossier médical, ce qui peut être un moyen d'engager la communication à ce sujet. Et c'est en outre un moyen de le faire sans aucun esprit de confrontation. La plupart de mes interlocuteurs conviennent que c'est une bonne idée. Ceux qui me rappellent (et je dois dire que c'est assez rare) me disent parfois qu'ils ont été agréablement surpris par la réaction de leur médecin, qui s'est révélé être beaucoup plus ouvert et positif qu'ils ne le pensaient.

Si leur état de santé s'y prête, je leur demande s'ils ont demandé à leur médecin de leur donner suffisamment d'analgésiques pour éliminer la douleur, même si les deux parties savent qu'un certain degré d'augmentation des doses risque de raccourcir la vie du patient. Bon nombre me disent que leur médecin ne serait pas prêt à accepter cette possibilité. D'autres, qu'ils ne pourraient certainement pas discuter de cela avec leur médecin.

Je demande alors si le médecin a expliqué la manière dont leur maladie va évoluer, ce à quoi ils peuvent s'attendre et quelles sont leurs options. Bien souvent, la réponse est «non». Je leur demande

[Texte]

them if they know what palliative care is or if they and their physician have talked about the option of palliative care. Again, the answer is often "No."

The people who call me are patients who do not have good relationships with their doctors. I do not mean to be saying that all doctors refuse to talk with their patients about things like this, but I get calls from people who are in bad situations. This seems to be painting the medical profession in rather dark colours.

If a physician will not talk to a patient about palliative care, I inform the patient that it is possible for an individual to contact a palliative care facility without a referral from a physician. The most rewarding phone call I ever had was from a young man who had Hepatitis B. Hepatitis B is something like AIDS in that it is an isolating disease. Those who have it are shunned because of its infectious nature. This young man knew that he would die in the next few months, something which he had accepted. However, he could not accept the loneliness and the isolation that he was facing. He did not know how to deal with it. He had asked his doctor about palliative care. The doctor said, "It's not for you."

I suggested he go to the unit at Saint Paul's Hospital, which he did. He called me back a few days later and said his life was completely changed around. They met his every need. He could go in when he needed to be in. He could be out when he felt up to it. They were giving him support and respect. He was a completely different person.

I heard later that in his few remaining months he had gone on to help found a 24-hour call line for people with Hepatitis B. As the last days of his life approached, he had reached out to help other people in the same situation. That was an extremely rewarding call for me.

If none of these questions and our talks — and sometimes we talk for a long time on the telephone — help to open a route these people are willing to try, I then have to explain to them that I truly do not know a simple way that will ensure for them a painless death. I have to tell them that I do not know a combination of things they can go out to buy at the local drug store and take and then go to sleep, never to wake up. In their hearts, many of these people think that I do. I have to tell them we do not have doctors available who will help them. Not all, but most, of these people have read Derek Humphry's book *Final Exit*, which is a sort of how-to-do-it book.

They know that the drugs mentioned in that book are prescription drugs which are difficult to come by. People have to plan ahead if they want to use those drugs and accumulate them over a period of time. One of the things that people say to me is, "Oh, I don't like to talk to my doctor about the fact that I want to end my life because I'm afraid the doctor will cut back on the amount of drugs I am getting now for fear that I will use them to commit suicide."

[Translation]

s'ils savent ce que sont les soins palliatifs et s'ils en ont parlé avec leur médecin. Encore une fois, la réponse est souvent «non».

Les gens qui m'appellent sont généralement des patients qui n'ont pas de bonnes relations avec leur médecin. Je ne veux pas dire par là que tous les médecins refusent de discuter de ce genre de choses avec leurs patients, mais la situation est parfois vraiment très difficile. J'ajoute cependant que je ne veux pas ici donner une image trop sombre de la profession médicale.

Si le médecin ne veut pas discuter de soins palliatifs avec son patient, je dis à ce dernier qu'il a parfaitement le droit de prendre lui-même contact avec un établissement pertinent, sans recommandation de son médecin. De fait, l'intervention la plus satisfaisante que j'ai jamais eue concernait un jeune homme qui était atteint d'hépatite B, maladie semblable au sida dans la mesure où elle provoque l'isolement du patient. En effet, ces malades sont souvent rejetés par les autres parce que leur maladie est contagieuse. Ce jeune homme savait qu'il allait mourir dans les mois suivants, ce qu'il avait fini par accepter. Par contre, il refusait d'accepter sa solitude et son isolement, mais il ne savait pas quoi faire. Il avait parlé de soins palliatifs à son médecin mais celui-ci lui avait dit que ce n'était pas ce qu'il lui fallait.

Je lui ai recommandé de s'adresser au service pertinent de l'hôpital Saint Paul's, ce qu'il a fait. Quelques jours plus tard, il m'a rappelé pour me dire que sa vie avait complètement changé. Le service de l'hôpital répondait à tous ses besoins. Il pouvait y entrer et en sortir quand il le voulait. Quand il se présentait, on lui donnait tout le soutien et le respect qu'il espérait. C'était devenu une personne complètement différente.

J'ai appris plus tard qu'il avait consacré ses derniers mois à faciliter la création d'une ligne d'urgence, 24 heures sur 24, pour les personnes atteintes d'hépatite B. Autrement dit, il s'était efforcé de venir en aide aux personnes se trouvant dans la même situation que lui. Croyez-moi, cela m'a beaucoup réconfortée.

Si toutes ces questions et réponses (qui durent parfois fort longtemps) ne permettent pas de proposer une solution à mon interlocuteur, je lui explique alors que je ne connais vraiment aucune méthode simple de finir ses jours sans douleur. Je ne connais pas de cocktail de médicaments que l'on peut acheter à la pharmacie locale pour s'endormir et ne plus jamais se réveiller. C'est pourtant ce que bien des gens s'imaginent que je vais leur dire. Je dois leur indiquer que je n'ai pas de liste de médecins prêts à les aider. La plupart, mais pas tous, ont lu le livre de Derek Humphry, *L'exit final*, qui est une sorte de vade-mecum du suicide.

Ils savent que les médicaments mentionnés dans ce livre ne peuvent être obtenus que sur ordonnance. Autrement dit, pour s'en servir, il faut planifier son affaire assez longtemps à l'avance pour en accumuler des doses suffisantes. D'ailleurs, les gens me disent souvent: «Je ne veux pas dire à mon médecin que je songe à mettre fin à mes jours car j'ai peur qu'il ne réduise alors mes doses de médicaments par crainte que je ne m'en serve pour me suicider.»

[Text]

When we reach this point, we have come to a sort of impasse. We can go on talking, and we often do, but I have nothing more to offer. They are not able to accept the suggestions I make. These are the calls that I find so harrowing. I know some of these people will kill themselves one way or another.

I had one man talking to me, whose name or phone number I never knew, who had bought cyanide. He was going to take it. I pleaded with him. I said that having read *Final Exit* I knew that cyanide did not make for an agreeable death. I knew when he hung up the phone that he would use it. There was simply nothing I could do. Even at that point I kept going back to palliative care. I said, "Would you just give it a try? It's not a prison sentence. When you go in there, you can come out again; you do not have to stay forever."

Many of the callers know and appreciate palliative care. As Russel Ogden said yesterday, good palliative care is wonderful. It gives so much support to both the patient and the family. It is the answer for many people. However, it stops short of helping a person die when he feels he has had enough. Some people are just not willing to go into palliative care because they know that they cannot take that final step.

In the transcripts I read, a number of times I came across doctors or nurses in various fields of medicine who said, "In all the years I have been in medicine, I have never had a patient ask me for euthanasia or assisted suicide." This reflects the fact that the patient knows there is no point in raising the subject. I truly feel that the attitude of the health care professional comes across to a patient. They know there is not much point in asking for help of that sort.

The only saving grace for me about these calls is that, at the end of them, many people thank me very much for just listening to them. It is about all I have done. They feel that just to be able to talk to someone who does not turn away from them at the first hint of what they are really getting at is wonderful. They are not just talking about being ill; they are talking about killing themselves. Many people tell me that their friends just disappear when they mention or even hint at the word. Talking about it seems somehow to help them to get their feelings out in the open. Sometimes they say that having talked it over with someone has helped them to clarify their own thinking.

I firmly believe that, even if palliative care of the highest order were available to every person in Canada, and I would like to see that day, there would be a hard core of people who would not find palliative care suitable for them because they know that there will come a time when they will want to say, "I have had enough. I cannot go on like this, and I would really like help in ending my life."

[Traduction]

Quand nous en sommes là, nous sommes en fait dans une sorte d'impasse. Certes, nous pouvons continuer de discuter, et nous le faisons souvent, mais je n'ai rien d'autre à proposer. Certains des appels que j'ai reçus ont été pour moi fort difficiles. Je sais en effet que certaines de ces personnes finiront par se suicider, d'une manière ou d'une autre.

Je me souviens d'un homme, dont je n'ai jamais connu le nom ou le numéro de téléphone, qui avait acheté du cyanure et qui était prêt à s'en servir. Je l'ai imploré de ne pas le faire car je lui ai dit que ce serait une mort très pénible, comme on l'indique dans *L'exit final*. Je savais cependant, après avoir raccroché le téléphone, qu'il finirait par s'en servir. Je ne pouvais rien y faire. Même à ce moment-là, je lui ai recommandé des soins palliatifs. Je lui ai dit: «Pourquoi ne pas essayer? Ce n'est pas une peine de prison. Si vous entrez, vous pouvez sortir quand vous voulez. Vous n'êtes pas obligé de rester là pour toujours.»

Bon nombre de mes interlocuteurs connaissent les soins palliatifs et les apprécient. Comme le disait hier Russel Ogden, de bons soins palliatifs sont un excellent mécanisme de soutien, autant pour le patient que pour la famille. Pour bien des gens, c'est la bonne solution. En revanche, c'est une solution qui ne va pas jusqu'à aider la personne à mettre fin à ses jours lorsqu'elle pense que cela a assez duré. Certaines personnes refusent tout simplement d'envisager des soins palliatifs parce qu'elles savent que cela ne leur permettra pas de passer à l'étape ultime.

J'ai lu dans vos procès-verbaux que bien des médecins ou infirmiers, de branches variables de la médecine, vous ont dit que jamais un patient ne leur avait demandé l'euthanasie ou le suicide assisté. Cela montre bien que les patients savent parfaitement qu'il ne servirait à rien pour eux d'évoquer le problème. Je suis fermement convaincu que les patients n'ont aucune difficulté à deviner l'attitude générale des professionnels de la santé et qu'ils savent que ça ne sert pas à grand-chose de demander ce genre d'aide.

Le seul facteur qui puisse vraiment me donner satisfaction, dans le travail que je fais, c'est que beaucoup de gens me sont extrêmement reconnaissants d'avoir simplement accepté de les écouter. En fait, c'est à peu près tout ce que je fais. Pour eux, cependant, pouvoir parler de ce genre de problème à quelqu'un qui ne va pas mettre immédiatement fin à la conversation est extrêmement utile. N'oublions pas en effet qu'il ne s'agit pas de discuter seulement de maladie mais aussi de mettre fin à ses jours. Bien des gens me disent que leurs amis disparaissent immédiatement dès qu'ils évoquent cette question. En les écoutant, je leur donne la possibilité d'exprimer leurs sentiments. Certains me disent que nos conversations leur ont permis de mettre leurs idées au clair à ce sujet.

J'ai la ferme conviction que, même si chaque Canadien avait accès à des soins palliatifs de la meilleure qualité possible, et j'espère qu'on y arrivera un jour, il y aura toujours un certain nombre de personnes pour qui des soins palliatifs ne seront pas la bonne solution car elles savent que le jour viendra où elles voudront dire: «J'en ai assez. Je ne peux pas continuer à vivre comme cela. Je voudrais que l'on m'aide à mettre fin à mes jours.»

[Texte]

I do not think, necessarily, it means people who are only physically incapable of ending their own life. I think there is a terrible fear in these people I talk to about dying alone. They could commit suicide, but they would have to do it by themselves. The even greater fear is of botching it and waking up again. I have talked to people who have done this. That is one of the worst things that can happen to a person.

As it stands now, people who want to end their lives are almost fortunate if their illness involves pain, because they at least have the chance that they might, mercifully, be given painkillers which will shorten their lives. There is no recourse like that for people who are suffering from forms of dementia, like Alzheimer's, or who have been in comas, or have suffered from a debilitating stroke.

I agree entirely with Russel Ogden when he said yesterday in his presentation that, ideally, there should be a continuum of care through to palliative care. I truly think that should be offered to everyone; but for this small group of people, they will come to the point where they will say, "I want it over with now and I really need help". In a compassionate society, we would have that progression of care to the end.

Senator Beaudoin: The law governing wills may vary from province to province. For example, in Quebec we have the Civil Code. Other provinces have statutes governing living wills. As I said, the law may vary to a certain extent. However, what is uniform in Canada is euthanasia as such because it is covered by a federal statute, the Criminal Code of Canada.

I want to know exactly what you have in mind. Did you say that such a will is irrevocable or revocable? The law governing wills is to the effect that a will is revocable until the time of death. That is exactly what is wanted. If a person makes a living will, that same person may revoke the will at any time. People may change their minds from one year to another. Is that what you have in mind?

Mr. Clapham: Yes. What we have in mind is that the living will can be revoked at any time.

When we talk about it being irrevocable it is to say that, if you become mentally incompetent and you have asked that your health care representative implement your wishes, then you would be taking a risk because, when you come into this new situation you would be mentally incompetent, and, therefore, unable to revoke your will. There is a risk in the living will which does not exist in the will.

Senator Beaudoin: We are used to that in the various provinces. A will may always be challenged by the beneficiaries of the will. They may allege that when the will was changed the person was incompetent. There often follows a trial in court. That is the general law of wills. It cannot be changed as such.

[Translation]

Et je ne pense pas que ce problème concerne seulement les gens qui soient physiquement incapables de mettre fin à leurs jours. Bien des gens avec qui je parle au téléphone sont des gens qui ont avant tout peur de mourir seuls. Ils pourraient se suicider mais seraient obligés de le faire eux-mêmes. Et ils ont encore plus peur de rater leur coup et de se réveiller. J'ai parlé à des gens à qui cela est arrivé et, croyez-moi, c'est l'une des pires expériences que l'on puisse connaître.

À l'heure actuelle, les gens qui songent à mettre fin à leurs jours ont presque de la chance si leur maladie est extrêmement douloureuse, puisque cela leur donne au moins la chance d'obtenir, par compassion, des analgésiques qui raccourcissent leur vie. Pour les gens qui souffrent de certaines formes de démence, comme la maladie d'Alzheimer, qui sont dans le coma ou qui ont fait une crise cardiaque qui a détruit leurs facultés, il n'existe aucun recours de ce genre.

Je suis parfaitement d'accord avec ce que vous disait hier Russel Ogden, c'est-à-dire que l'euthanasie devrait être le point ultime de l'échelle des soins, après les soins palliatifs. J'estime vraiment que tout le monde devrait avoir accès à cette possibilité. Il y aura en effet toujours des gens qui finiront par dire: «Je veux que ça cesse et je demande qu'on m'aide». Si notre société était marquée par la compassion, nous aurions cette progression des soins jusqu'à l'étape ultime.

Le sénateur Beaudoin: Les lois régissant les testaments euthanasiques peuvent varier d'une province à l'autre. Au Québec, la question relève du Code civil. Dans d'autres provinces, on a pu adopter des lois particulières à ce sujet. Comme je l'ai dit, il peut y avoir certaines variations mais, ce qui est uniforme, d'un bout à l'autre du pays, c'est que l'euthanasie est régie par une loi fédérale, le Code criminel.

Cela dit, je voudrais vous demander une précision. Pensez-vous que l'on devrait pouvoir révoquer un testament euthanasique? La loi régissant les testaments permet de les révoquer à n'importe quel moment, ce qui est parfaitement logique. La personne qui fait son testament peut vouloir le changer n'importe quand, et l'on sait bien que les gens peuvent changer d'avis d'une année à l'autre. Envisagez-vous la même chose pour les testaments euthanasiques?

M. Clapham: Oui. Nous estimons qu'un testament euthanasique devrait pouvoir être révoqué n'importe quand.

Quand nous disons qu'il devrait être irrévocable, c'est dans le cas d'une personne qui demande dans son testament euthanasique que les agents de soins respectent ses volontés. En effet, faire cela revient à prendre un risque car, si le patient perd ensuite ses facultés intellectuelles, il ne peut plus révoquer son testament. Il y a donc avec le testament euthanasique un risque qui n'existe pas avec un testament ordinaire.

Le sénateur Beaudoin: Certes, et cela peut poser des problèmes dans n'importe quelle province, on le voit constamment. N'importe quel testament peut être contesté par ses bénéficiaires. Ceux-ci peuvent prétendre que le testament a été modifié alors que la personne avait déjà perdu ses facultés, et ce

[Text]

My second point has to do with incompetence. You accept the document drafted by a person who is competent stating that if he or she becomes incompetent he or she wants euthanasia. That is clear-cut as far as the law is concerned. But what about the person who has not drafted such a document before the onset of incompetence? To whom would you give the power? Would it be to the family or to someone else? You say that if the document was drafted while the person was competent we should follow the document; but if the person has not signed such a document what should we do? Do you suggest that the family may give the consent? After all, everything in those cases has to do with consent.

Mr. Clapham: Yes.

Senator Beaudoin: It is a terrible risk. Suppose the person were a millionaire. People may say, "Well, if that person were competent, she would say that she wanted euthanasia." We know of some cases in which the family has selected a solution which may not necessarily have been the solution which would have been chosen by the now incompetent person.

Mr. Clapham: Yes.

Senator Beaudoin: What would you suggest in a case where a person in that situation has made a living will before he or she became incompetent?

Mr. Clapham: You are right, yes.

Senator Beaudoin: I am not proposing anything myself; I want to know what you propose.

Mr. Clapham: It is a difficult issue. Appointing a health care representative to implement the living will is as important as the living will itself. Normally, the health care representative is a member of your family. In my will it is certainly a member of my family. There are cases, of course, in which you know your family does not accept your point of view but that someone else does. I suppose in the case of two homosexual partners one may want to appoint his homosexual partner rather than a member of his immediate family as his representative. If you appoint your own health care representative, then that person can speak for you.

What you are asking is: What happens if you do not have a will or a representative and you can only consult with family members? In such cases I agree that you should assume — if there is a choice — that the person may want to continue living. I would not make it legal to give him euthanasia.

Senator Beaudoin: Some people say, if the person has not done so before, it is up to the family to do it. However, that involves risk.

Mr. Clapham: Yes.

[Traduction]

genre de problèmes se règle généralement devant les tribunaux. Cela relève de la législation générale concernant les testaments.

Ma deuxième question porte sur l'incompétence intellectuelle. Vous acceptez qu'un testament euthanasique rédigé par une personne ayant toutes ses facultés intellectuelles puissent contenir une disposition demandant l'euthanasie en cas de perte des facultés intellectuelles. Que se passe-t-il cependant si la personne n'a pas rédigé de testament euthanasique avant de commencer à perdre ses facultés? Qui aurait le pouvoir d'intervenir? La famille ou quelqu'un d'autre? Il n'y a pas de problème si le document a été rédigé quand la personne possédait encore toutes ses facultés. Par contre, si elle n'en a pas rédigé et qu'elle perd ses facultés, que doit-on faire? Croyez-vous que la famille pourrait donner son consentement? Après tout, dans ce genre d'affaires, c'est toujours une question de consentement qu'il s'agit.

M. Clapham: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Cela peut poser de terribles risques. Supposez qu'il s'agisse d'un millionnaire. Certaines personnes pourront dire: «S'il avait toutes ses facultés intellectuelles, il réclamerait l'euthanasie». Nous savons bien cependant qu'il y a eu des cas où la famille a choisi une solution qui n'aurait pas nécessairement été celle de la personne ayant perdu ses facultés.

M. Clapham: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Que recommanderiez-vous dans le cas d'une personne qui aurait rédigé un testament euthanasique avant de perdre ses facultés?

M. Clapham: Vous avez raison.

Le sénateur Beaudoin: Je ne propose rien; je veux savoir ce que vous proposez.

M. Clapham: C'est un problème difficile. La nomination d'un agent de soins de santé pour appliquer les dispositions d'un testament euthanasique est aussi important que rédiger le document lui-même. Normalement, ce représentant des services de soins sera un membre de la famille. C'est en tout cas ce que j'ai choisi dans mon cas. Il peut arriver cependant que les membres de la famille ne partagent pas le même point de vue que le patient, ce qui peut amener à nommer quelqu'un d'autre. Dans le cas de deux partenaires homosexuels, par exemple, je suppose que le patient nommerait son partenaire plutôt qu'un membre de sa famille. L'essentiel est de choisir son propre représentant, qui peut alors s'exprimer pour nous.

Ce que vous me demandez, c'est ceci: Que se passe-t-il si la personne n'a pas rédigé de testament euthanasique ou n'a pas nommé de représentant, et que l'on ne peut donc consulter que les membres de la famille? Dans ce genre de situations, je crois qu'il faut supposer (si on a un choix à faire) que la personne voudrait continuer de vivre. Je ne suis certainement pas prêt à demander qu'on légalise l'euthanasie dans ce contexte.

Le sénateur Beaudoin: Dans certains cas, les gens disent que c'est à la famille de décider si la personne ne l'a pas fait elle-même. Mais on sait bien que cela entraîne des risques.

M. Clapham: Certes.

[Texte]

Senator Beaudoin: Others say that in such a case the family should not be involved and the person will remain incompetent.

Still some others might say, "No, we cannot keep that person for years in that state of mind. We must ask the family to decide." Enormous power is given in a case like that.

Mr. Clapham: Presently, this happens all the time, does it not, in terms of the withdrawal of equipment and giving increased dosages of pain reliever which will hasten death?

Senator Beaudoin: In terms of the withdrawal of apparatus there is the case of Nancy B. which settles the problem, at least in Quebec.

Mr. Clapham: She was competent, was she not?

Senator Beaudoin: She was, yes.

Mr. Clapham: I am talking about the incompetent person from whom you want to withdraw the equipment.

Senator Beaudoin: What would you suggest in a case like that, that a decision should be made by the family, or what?

Mr. Clapham: I think that happens in many cases now, regardless of the issues surrounding euthanasia or assisted suicide. I think it is done in consultation with the family.

I am simply saying that it is a continuum. Something in the order of 18 per cent of people fit into the withdrawal of equipment category, while 18 per cent fit into the other category. I would apply the same safeguards to euthanasia as we do to the withdrawal of equipment or giving pain relief which would significantly shorten life.

Ms Miller: Perhaps you will correct me if I am wrong, Senator Keon. In the case of withdrawing treatment from an incompetent person, is there not a point at which a doctor can say that treatment is completely ineffective and that its withdrawal is justified?

Senator Keon: Yes, but you also must discuss that with the next of kin. Someone is legally responsible for that patient.

Ms Miller: The doctor might initiate something of that sort. As a society, Goodbye assumes that, in the case of an incompetent person who has not drawn up a will or previously expressed a wish to die to a number of people, not just to members of his immediate family, the person would want to go on living. We would not want the decision to be made for him.

Senator Corbin: I am quite impressed with the work you are doing and the effort you put into trying to convince people that they should consider palliative care as, shall we say, the proper or ultimate solution to their ills. You have, of course, referred to

[Translation]

Le sénateur Beaudoin: Certaines personnes disent que la famille n'a absolument pas son mot à dire et que la personne doit continuer de vivre, même si elle a perdu ses facultés.

D'autres disent plutôt: «Non, vous ne pouvez pas garder cette personne en vie pendant des années dans cet état. Il faut demander à la famille de décider.» Cela revient à donner à la famille un pouvoir énorme.

M. Clapham: Mais c'est une situation qui se présente tous les jours actuellement, n'est-ce pas, lorsqu'on parle de débrancher les machines ou de donner des doses plus élevées d'un analgésique pour accélérer la mort?

Le sénateur Beaudoin: Pour ce qui est du débranchement des machines, l'affaire Nancy B. a réglé le problème, au moins au Québec.

M. Clapham: Elle possédait toutes ses facultés, n'est-ce pas?

Le sénateur Beaudoin: Oui.

M. Clapham: Le problème est différent lorsqu'il s'agit d'une personne qui n'est plus capable de décider et pour qui on envisage de débrancher les machines.

Le sénateur Beaudoin: Que recommandez-vous dans un cas comme celui-là? Que la décision soit prise par la famille?

M. Clapham: Il y a déjà de nombreux cas de ce genre qui se posent aujourd'hui, en dehors de tout contexte d'euthanasie ou de suicide assisté. Et je crois que la décision est généralement prise en consultant la famille.

J'affirme simplement pour ma part que cela devrait être une étape de l'échelle des soins. Près de 18 p. 100 des gens tombent dans la catégorie du débranchement des machines, et 18 p. 100 dans l'autre catégorie. J'estime qu'il faut appliquer les mêmes mesures de sauvegarde à l'euthanasie qu'à toute décision de débranchement des machines ou d'augmentation des doses d'analgésique.

Mme Miller: Vous me corrigerez si je me trompe, sénateur Keon. Lorsqu'on arrête le traitement dispensé à une personne qui n'est pas apte à prendre une décision, n'arrive-t-il pas à un moment où le médecin peut dire que ce traitement est totalement inefficace et que son abandon est justifié?

Le sénateur Keon: Oui, mais il faut encore discuter avec le parent le plus proche. Quelqu'un est légalement responsable de ce malade.

Mme Miller: Le médecin pourrait engager une procédure de ce type. Notre association, *Goodbye*, part du principe que lorsqu'une personne qui n'est pas apte à prendre une décision n'a pas rédigé un testament ou n'a pas exprimé antérieurement son désir de mourir à un certain nombre de personnes, et non pas simplement aux membres de sa famille immédiate, c'est qu'elle veut continuer à vivre. Nous ne voudrions pas que ce genre de décision soit prise à sa place.

Le sénateur Corbin: Je suis émerveillé par votre travail et par les efforts que vous faites pour essayer de convaincre les gens qu'il leur faut envisager de recourir aux soins palliatifs pour, disons, trouver un soulagement ultime à leurs maux. Vous avez

[Text]

the hard core who, I suppose in all instances, have already made up their minds before they call you. As you say, there is no point in offering or debating with them the possibilities that present themselves in terms of palliative care.

Nevertheless, in that respect, I am glad you take the route of strongly suggesting to them, as you do, that they should consider palliative care as a proper approach. Are there other groups or societies like yours in this part of Canada, or B.C., which talk to people the way you do?

Ms Miller: Truthfully, I am not sure. I assume that anyone who phones a group that calls itself a "right-to-die" group will be able to talk to someone. As far as I am aware, no one is really counselling suicide on the telephone. I cannot answer that question. I think other local groups will be appearing before you, so you might want to raise that matter with them.

Senator Corbin: I should like to ask you both a personal question. What in your backgrounds would have led you into offering this type of "service" to the public?

Ms Miller: It is a question I often ask myself. As a child I was very ill with asthma. I lived in northern Ontario and I had asthma constantly. When other people got colds I got pneumonia. When I was a young child I used to spend about three months every year in bed. I had many moments when my chest was so sore that I thought, "I am not going to take another breath. I am just going to stop breathing." I realized at that time, I think subconsciously, that death is not necessarily an enemy.

Of course, I was a child. I did not know any better. At that time I truly felt that I could not go on the way I was feeling. At a very early age, I lost the fear of dying that some people have. A feeling I have had my whole life, which you might call a "gut feeling", is that a person should not necessarily have to suffer at the end of life when life has become intolerable.

I think Mr. Clapham has a completely different answer.

Mr. Clapham: Yes, I have a completely different answer. I suppose I got into this issue as a result of being married to someone who has a horror of being faced with Alzheimer's disease. There is no indication that she has such a predisposition. She did not want to have to go through the horrors of those last days.

The example of Claude Jutra is always brought up. He is alleged to have thrown himself from the Jacques Cartier Bridge. I became concerned with what one might be able to do in such a situation.

Therefore, knowing you have Alzheimer's at the present time, the only option for you, if you do not want to go through it, is to learn how to commit suicide. That is how I became involved.

[Traduction]

évoqué, bien sûr, le noyau des irréductibles qui, dans tous les cas, j'imagine, ont leur idée toute faite avant de vous appeler. Vous nous l'avez dit, il est inutile de leur faire état ou de débattre avec eux des possibilités que leur offrent les soins palliatifs.

Je me félicite cependant que vous preniez la peine de leur faire bien comprendre qu'ils devraient envisager de recourir aux soins palliatifs. Y a-t-il d'autres groupes ou d'autres associations que la vôtre dans cette région du Canada, où en C.-B., qui parlent aux gens de cette manière?

Mme Miller: À dire vrai, je n'en sais rien. J'imagine que toute personne qui décide de s'adresser à un groupe dont l'appellation contient l'expression «droit de mourir» pourra parler à quelqu'un. À ma connaissance, personne ne va vraiment conseiller le suicide au téléphone. Je ne peux pas répondre à cette question. D'autres groupes locaux vont comparaître devant vous, je crois, et vous pourrez leur poser la question.

Le sénateur Corbin: Je vais vous poser à tous deux une question personnelle. Qu'est-ce qui, dans votre formation, vous a poussé à offrir ce type de «service» au public?

Mme Miller: C'est une question que je me pose souvent moi-même. Enfant, j'ai beaucoup souffert d'asthme. J'habitais dans le nord de l'Ontario et j'avais constamment de l'asthme. Lorsque les autres avaient un rhume, je contractais une pneumonie. Lorsque j'étais toute petite, je passais environ trois mois chaque année au lit. Parfois, ma poitrine me faisait si mal que je pensais: «Cette respiration est la dernière. Je ne vais plus pouvoir respirer.» Je me suis rendue compte à l'époque, dans mon subconscient, je crois, que la mort n'est pas nécessairement une ennemie.

Bien entendu, je n'étais qu'une enfant. Je ne comprenais pas vraiment ce qui se passait. À l'époque, j'ai vraiment compris que je ne pouvais continuer à ressentir les choses comme ça. Très tôt, j'ai perdu la peur de la mort qu'ont la plupart des gens. C'est un sentiment que j'ai eu pendant toute ma vie, un «sentiment venu des tripes», si vous voulez, qui fait que, pour moi, une personne ne doit pas être obligée de souffrir à la fin de sa vie lorsque celle-ci est devenue intolérable.

Je pense que M. Clapham aura une réponse totalement différente à vous donner.

M. Clapham: Oui, ma réponse est totalement différente. Je pense que je me suis engagé dans cette voie après avoir été marié à une personne qui était horrifiée à l'idée d'être atteinte de la maladie d'Alzheimer. Rien n'indiquait qu'elle avait une telle prédisposition. Elle ne voulait pas subir le calvaire que supposent les derniers jours d'une vie dans cet état.

L'exemple de Claude Jutra vient immédiatement à l'esprit. On suppose qu'il s'est jeté du pont Jacques Cartier. Je me suis mis à me préoccuper de ce que chacun pourrait faire dans une telle situation.

Par conséquent, lorsque quelqu'un est atteint de la maladie d'Alzheimer à l'heure actuelle, la seule solution qui s'offre à lui, s'il ne veut pas subir cette épreuve, c'est d'apprendre à se suicider. Voilà comment je me suis impliqué.

[Texte]

That raises one other point which has to do with the question of learning how to commit suicide. In a way, that is the one legal option that we as a society can help people with. We can tell them how to commit suicide — not counsel suicide but tell people how to commit it. What you learn when visit other countries in which assisted suicide is not a crime, as in Switzerland, for example —

Senator Corbin: I am going to cut you off because I am not interested in the suicidal approach to your presentation. I am interested in palliative care.

Mr. Clapham: I got into it as a result of learning how to deal with someone who wants to end her life if she gets Alzheimer's and does not want palliative care. I do not know if palliative care applies to Alzheimer's.

Senator Corbin: The very fact that you operate anonymously incurs a danger for the people who call you, in the sense that you suggest palliative care, which they have already rejected. These are the hard core people. They want someone to assist them to end their lives. Basically, they do not want to do it themselves. The phone call ends, and there is no follow-up. Is that not dangerous? They have refused any proposition regarding a referral to Saint Paul's or elsewhere, and any suggestion that they seek psychological or psychiatric help. I had anticipated that you would talk about the loneliness of these people and their sense of abandonment. I believe that is usually the case.

That being the case, surely there should be some kind of follow-up. You should take every possible measure to ensure that these people do receive some follow-up assistance. I think that not doing so creates a danger when it comes to providing this anonymous service. I am sure that in many cases you are most helpful, and I do not want to demean your purposes and objectives, but surely there are those who require some kind of follow-up. I realize, of course that you cannot reach them because they will not leave their names and phone numbers. What happens to these people?

Like many people, I believe we do not want more government intervention. We need less government. Are there facilities in this province to which people can be referred for the extra help that you cannot give them?

Ms Miller: Certainly, we have suicide hot-lines and that sort of thing for people who are thinking of committing suicide but who are looking for some help to get through that feeling. I do not think the people who are calling me fit into that category.

I noticed, particularly during the last presentation, that often in our considerations we confuse what I might call "ordinary" suicide — people who are committing suicide for reasons other than ill health — with what I think of as "rational" suicide, that is, people who do not wish to face what is ahead of them. The problems of those two groups are very different.

[Translation]

On en vient alors à la question d'apprendre à se suicider. D'une certaine manière, c'est la seule possibilité qu'à légalement notre société pour aider les gens. Nous pouvons leur apprendre à se suicider, il ne s'agit pas de conseiller le suicide, mais d'apprendre aux gens comment on peut se suicider. Ce que l'on apprend quand on visite d'autres pays dans lesquels le suicide assisté n'est pas un crime, comme en Suisse, par exemple. . .

Le sénateur Corbin: Je vous interromps parce que ce n'est pas la partie de votre exposé relative au suicide qui m'intéresse. Ce sont les soins palliatifs.

M. Clapham: J'ai pris cette orientation après avoir appris à traiter avec une personne qui voulait mettre fin à sa vie si elle était atteinte de la maladie d'Alzheimer et qui ne voulait pas des soins palliatifs. Je ne sais pas si des soins palliatifs s'appliquent à la maladie d'Alzheimer.

Le sénateur Corbin: Le fait que vous opérez de manière anonyme implique un danger pour les gens qui vous appellent, puisque vous proposez les soins palliatifs, qu'ils ont déjà rejetés. Je parle ici de ce noyau d'irréductibles. Ils veulent qu'on les aide à mettre fin à leur vie. Essentiellement, ils ne veulent pas le faire eux-mêmes. Une fois que vous avez raccroché le téléphone, il n'y a aucun suivi. N'est-ce pas dangereux? Ces gens ont refusé toute proposition visant à les référer à l'institution Saint Paul's ou ailleurs, et tout projet de recours à une aide psychologique ou psychiatrique. Je prévoyais que vous nous parleriez de la solitude de ces gens et de leur impression d'être abandonnés. Je pense que c'est généralement le cas.

Cela étant, il faudrait certainement qu'il y ait une certaine forme de suivi. Vous devriez faire tout votre possible pour vous assurer que ces gens bénéficient d'un certain suivi. Je crois qu'en ne le faisant pas, il y a un certain danger à dispenser un service anonyme de ce type. Je suis sûr que dans de nombreux cas votre intervention est très utile, et je ne veux absolument pas rabaisser vos motifs et votre action, mais il est certain qu'une certaine forme de suivi s'imposerait. Je comprends bien, évidemment, que vous ne pouvez pas les contacter parce qu'ils ne laissent pas leur nom et leur numéro de téléphone. Que deviennent ces gens?

Comme bien d'autres, je considère que nous n'avons pas besoin d'autres interventions de la part des gouvernements. Ce qu'il nous faut, c'est moins de gouvernement. Y a-t-il des établissements dans cette province où l'on peut envoyer les gens qui ont besoin d'une aide supplémentaire que vous ne pouvez pas leur fournir?

Mme Miller: Bien évidemment, nous avons des lignes d'appels d'urgence pour les cas de suicide et des services de ce genre pour les gens qui pensent à commettre un suicide mais qui veulent se faire aider pour surmonter cette envie. Je ne crois pas que les gens qui m'appellent appartiennent à cette catégorie.

J'ai remarqué, notamment au cours de l'intervention précédente, que nous confondons souvent dans notre analyse ce que j'appellerais les cas de suicide «ordinaires», soit des gens qui se suicident pour des raisons autres qu'une mauvaise santé, et ce que j'appellerais les cas de suicide «rationnels» s'appliquant à des gens qui ne veulent pas faire face à ce qui les attend. Les problèmes causés par ces deux groupes sont très différents.

[Text]

I have suggested to some of these people who call that they might like to talk to a suicide hot-line. They just laugh at me.

If I were really doing how-to-do-it suicide counselling on the telephone, I would be worried about the anonymity of it all and not being able to follow up. The information I give them I feel is not in any way harmful. It is information that should be available to them. Short of having some kind of a tracer on my phone, I do not know how I could ever get in touch with them again. I often ask: "Please call me back. Let me know how you are doing." Many people will give me their first names, but people who are very serious about suicide often will not go that far.

I feel I have no recourse there. I think about them a lot.

Senator Keon: I, too, want to commend on your sensitivity and compassion and the enormous amount of time volunteer to assist people in this terrible predicament. I hope my cross-examination is in no way an indication of a lack of appreciation of your efforts.

I would refer to page 2 of your brief where you state:

We regard euthanasia in these instances as no more interfering in the life process than is the use of medical treatment to prolong it.

I would like to explore that statement with you. You went on to mention the green-band phenomenon in America, where people who have had repeated cardiac arrests wear green bands to prevent resuscitation. The reality is that the kind of heart disease that caused repeated cardiac arrest 10 years ago is now curable with drugs or other types of treatment. Thus, the person who wears a green band and who dies on the street is depriving himself of, perhaps, another 25 to 30 years of healthy life.

We seem to have fallen into an operational frame of mind of despair because we are not coming up with quick cures for some of the cancers, AIDS and other illnesses. It is possible that, tomorrow, someone could come out with a drug that could, retroviruses, cure AIDS and, perhaps, hepatitis and other illnesses. Young people who have these diseases and who are contemplating suicide should have this pointed out to them. They should think about it.

Yesterday, my interest was aroused by comments I heard made by a philosopher which took me back to my youth when I was studying philosophy. Your statement is what is known as "a false premise". I remember being caught out by an old trick on a philosophy exam. The syllogism was that if a dog moves he must either move from a point where he is to a point where he is not. Minor premises go on to say that he cannot move from where he is to where he is not because he cannot be in two places at the same time. The conclusion is that the dog cannot move.

[Traduction]

Il m'est arrivé de dire à des gens qui m'appellent qu'il leur faudrait peut-être envisager d'appeler une ligne de secours d'urgence pour les cas de suicide. Ils m'ont ri au nez.

Si je donnais véritablement des conseils au téléphone sur la façon de se suicider, je m'inquiérais du caractère anonyme de toute cette procédure et du fait qu'il n'y a pas de suivi. L'information que je donne ne peut faire absolument aucun mal. C'est une information dont ces gens devraient disposer. À moins d'avoir un dispositif de repérage sur mon téléphone, je ne vois pas comment je pourrais les contacter à nouveau. Je leur demande souvent: «Rappelez-moi. Dites-moi où vous en êtes.» Ils sont nombreux à me donner leur prénom mais souvent, les gens qui sont très déterminés à se suicider ne vont pas jusque-là.

J'ai alors l'impression de n'avoir aucun recours. Je pense beaucoup à eux.

Le sénateur Keon: Je tiens moi aussi à vous féliciter de votre sensibilité et de votre compassion et du travail bénévole considérable que suppose le fait d'aider les gens dans cette passe terriblement difficile. J'espère que mon interrogatoire ne vous donne en rien l'impression que je n'apprécie pas vos efforts.

À la page 2 de votre mémoire, vous nous dites:

Nous considérons que l'euthanasie, dans un tel cas, n'empêche pas plus sur le cours de la vie que l'utilisation d'un traitement médical visant à la prolonger.

J'aimerais que nous nous penchions davantage sur cette affirmation. Vous avez mentionné par la suite le phénomène des bracelets verts en Amérique, où des gens qui ont subi des arrêts cardiaques répétés portent un bracelet vert pour éviter qu'on les ramène à la vie. Il se trouve en fait que le type de maladie cardiaque qui, il y a 10 ans, entraînait des arrêts cardiaques répétés peut être soignée aujourd'hui à l'aide de médicaments ou d'autres types de traitement. Par conséquent, une personne qui porte un bracelet vert et qui meurt dans la rue se prive peut-être de 25 ou 30 années supplémentaires de vie dans de bonnes conditions.

Il semble que nous soyons tombés dans une forme de désespoir parce que nous n'arrivons pas à guérir rapidement des maladies comme les cancers, le sida ou autre. Il est possible que demain quelqu'un découvre un médicament pouvant s'attaquer aux rétrovirus, guérir le sida et éventuellement l'hépatite et d'autres maladies. Il faut le signaler aux gens qui sont atteints de ces maladies et qui envisagent de se suicider. Il faut qu'ils y pensent.

Hier, les arguments présentés par un philosophe ont éveillé mon intérêt et m'ont ramené à ma jeunesse lorsque j'étudiais la philosophie. Votre affirmation constitue ce que l'on appelle «une fausse prémisse». Je me souviens de m'être laissé prendre à un piège classique lors d'un examen de philosophie. Selon ce syllogisme, si un chien bouge, il faut soit qu'il bouge à partir du point où il se trouve soit en direction du point où il ne se trouve pas. La prémisse mineure nous dit qu'il ne peut pas bouger de là où il est pour aller là où il n'est pas parce qu'il ne peut pas être en deux endroits en même temps. La conclusion, c'est que le chien ne peut pas bouger.

[Texte]

Of course, the fallacy is in the major premise. I think your major premise, too, is fallacious. It is fallacious to say that you can equate the interruption of life with the sustenance of life because the sustenance of life always leaves a ray of hope and the door ajar for something else to come in to change things. I can appreciate the hopeless feelings of people with cancer. Indeed, my own brother, the other doctor in my family, died of cancer. I was with him when he died. I felt terribly useless.

However, some day the right drug will come along and change all that. In terms of AIDS, the right drug will come along to change matters. We have to be careful in preaching a philosophy of despair because suicide is a terrible problem in Canada now. This is especially true, as was pointed out before, in the teenage group. We must be careful not to be offering it as an option, if we can avoid it.

I do not know whether I was making a speech or asking a question. However, perhaps you can respond.

Mr. Clapham: I agree with almost everything you have said, senator. I share your frustration with the philosophy. I would be happy to withdraw it. However, the philosophy is not the important issue we are trying to emphasize.

Perhaps I could respond specifically to your comments about the green bands. You say that the heart conditions of those who wear them might be curable, in which case I do not think they should be issued. All we are asking for is a do-not-resuscitate order, which is accepted as a legitimate procedure within a hospital, even though a cure may appear tomorrow. We are just asking for an extension of such orders to the outside. The only point we were trying to make in our presentation in this regard is that it is difficult to get that across when people are afraid of over-treatment.

Ms Miller: I quite agree with you in terms of a cure being found for these diseases. I certainly try to make that point when I talk to people on the phone. When a disease is diagnosed, initially, and it is particularly so when the diagnosis is AIDS, I have heard that many people feel suicidal. If they can get through that stage of feeling that way, they may have many years of life.

Most of the people I talk to are in the final stages of illness. Thus, if a cure is discovered tomorrow, they will be beyond it reach. I agree with you when you say that we cannot just give up and say, "What's the use?" However, for some people there is no hope.

Senator Perrault: In terms of severe mental depression, are you ever contacted by young adults, for example, who may not

[Translation]

Bien entendu, l'erreur se trouve dans la prémisse majeure. Je crois que votre prémisse majeure est elle aussi fautive. Il est fallacieux de dire que l'on peut assimiler l'interruption de la vie à la prolongation de la vie, parce que cette dernière laisse toujours une lueur d'espoir et la porte entrouverte à la possibilité que quelque chose vienne tout changer. Je comprends bien toute la désespérance des gens atteints de cancer. D'ailleurs, mon propre frère, l'autre médecin de ma famille, est mort du cancer. J'étais à son chevet lorsqu'il est mort. Je me suis senti terriblement inutile.

Il n'en reste pas moins qu'un jour on trouvera le bon médicament qui viendra changer tout cela. Pour ce qui est du sida, un médicament viendra un jour tout changer. Nous devons prendre bien soin de ne pas prêcher la philosophie du désespoir, parce que le suicide est un problème terrible au Canada à l'heure actuelle. C'est particulièrement vrai, comme on l'a indiqué précédemment, chez les adolescents. Il nous faut prendre bien soin de ne pas présenter cette option, si nous pouvons l'éviter.

Je ne sais plus si j'ai fait un discours ou si j'ai posé une question. Peut-être pouvez-vous quand même me répondre.

M. Clapham: Je suis d'accord avec pratiquement tout ce que vous avez dit, sénateur. Je partage vos frustrations vis-à-vis de la philosophie. Je suis prêt à retirer ces arguments. Toutefois, ce n'est pas le côté philosophique de la question que nous voulons privilégier ici.

Je pourrais peut-être répondre brièvement à ce que vous avez dit au sujet des bracelets verts. Vous nous dites que les maladies cardiaques de ceux qui les portent pourraient être guéries, auquel cas je ne crois pas qu'on devrait en fournir. Tout ce que nous demandons, c'est une ordonnance de ne pas ramener à la vie le malade, procédure jugée légitime à l'intérieur des hôpitaux, même si un moyen de guérison est susceptible d'apparaître demain. Nous demandons simplement qu'on étende l'application de ces ordonnances à l'extérieur. Sur ce plan, nous avons seulement voulu faire comprendre dans notre exposé qu'il est bien difficile de faire accepter ce genre de chose lorsque les gens ont peur de l'acharnement thérapeutique.

Mme Miller: Je suis bien d'accord avec vous sur la possibilité de trouver un traitement à ces maladies. Je ne manque pas de le mentionner aux gens qui me parlent au téléphone. Dans un premier temps, lorsqu'une maladie est diagnostiquée, et c'est particulièrement vrai pour le sida, j'ai entendu dire que beaucoup de gens ressentaient l'envie du suicide. S'ils parviennent à surmonter cet état d'esprit, il leur reste éventuellement de nombreuses années à vivre.

La plupart des gens avec lesquels je m'entretiens en sont au dernier stade de la maladie. Par conséquent, même si un traitement était découvert demain, ce serait trop tard pour eux. Je suis d'accord avec vous lorsque vous nous dites qu'on ne peut pas se contenter de baisser les bras et de dire: «À quoi bon». Néanmoins, pour certaines personnes, il ne reste aucun espoir.

Le sénateur Perrault: Pour ce qui est des dépressions mentales profondes, avez-vous déjà été contactée par de jeunes adultes, par

[Text]

be in any kind of physical trouble but who suffer from severe depression? What kind of advice do you give a person like that?

Ms Miller: I have been answering the phone for three years now. I had one call from a woman, who was probably in her forties, who had received every possible treatment for mental depression. She had been in and out of institutions and seen numerous doctors. Nothing seemed to be helping her. She said, "I get up every day wanting to die. I go to bed wanting to die. The world is completely black for me."

Senator Perrault: Do you feel she should have the option of assisted suicide?

Ms Miller: I talked to that woman for a long time. I would not, of course, want to make a judgment on the basis of a telephone call. If what she was saying was true, I would say she would be a candidate for it. I have never talked to someone whose life was as miserable on an on-going basis over the course of 10 years.

Senator Perrault: Reference was made to Alzheimer's disease, which is a serious problem in this country in the aging population. I checked a British report which came out a few months ago which states in part:

- long-term care of those whose disability or dementia makes them dependent should have special regard to the need to maintain the dignity of the individual to the highest possible degree.

The report does not support euthanasia, but states that it requires special care. Would you care to comment on that?

Ms Miller: Since I have personal experience in this regard, I would like to say something. One of my best friends who is in her early seventies used to be a professor at UBC. She is now in a care facility in Victoria with Alzheimer's disease. She is receiving the best of care: She is clean, comfortable and well fed. Because she can no longer feed herself her meals are fed to her. She does not know anyone. She does not know herself. She is incontinent. This is a woman whose whole life was built around her brain. If she had lost the use of her body, it would not have been a problem. She could have gone on being happy. But her most prized possession has been taken away from her.

Senator Perrault: That is a special tragedy, then.

Ms Miller: That is right. When I look at her I feel that no amount of special care justifies keeping her alive. She often used to speak about her mother who had died in similar circumstances. She often said she did not want to be alive in such circumstances. Her doctor has agreed not to treat her if she has pneumonia, but she has a strong body. She has lived through two bouts of pneumonia. All the special care in the world cannot justify keeping that woman alive.

[Traduction]

exemple, qui n'ont pas nécessairement de problèmes physique mais qui souffrent d'une profonde dépression? Quel conseil donnez-vous à ces personnes?

Mme Miller: Voilà trois ans maintenant que je réponds au téléphone. J'ai reçu un jour un appel d'une femme, qui était probablement dans la quarantaine, et qui avait suivi tous les traitements possibles pour lutter contre sa dépression mentale. Elle avait été hospitalisée à maintes reprises et elle avait vu de nombreux médecins. Il semblait n'y avoir aucune solution. Elle m'a déclaré: «Tous les jours je me lève avec l'envie de mourir. Je me couche avec l'envie de mourir. Le monde est un trou noir et ce qui me concerne.»

Le sénateur Perrault: Estimez-vous qu'elle devrait avoir la possibilité de recourir au suicide assisté?

Mme Miller: J'ai parlé à cette femme pendant un long moment. Je ne voudrais pas, bien entendu, faire un jugement sur un simple appel téléphonique. Si ce qu'elle m'a dit est vrai, je dirais que c'est une bonne candidate pour ce genre de mesure. Je n'ai encore jamais rencontré personne dont la vie ait été un véritable calvaire permanent pendant 10 ans.

Le sénateur Perrault: On a fait référence à la maladie d'Alzheimer, qui frappe durement la population âgée de notre pays. J'ai consulté un rapport britannique qui nous est parvenu il y a quelques mois et dans lequel on nous dit entre autres:

- Les soins à long terme dispensés aux handicapés ou aux personnes atteintes de démence et qui les rendent dépendantes doivent tenir compte tout spécialement de la nécessité de respecter au maximum la dignité de l'individu.

Ce rapport n'appuie pas l'euthanasie, mais on y indique qu'il convient de prodiguer des soins spéciaux. Qu'en pensez-vous?

Mme Miller: J'aimerais intervenir sur ce point étant donné que j'ai moi-même de l'expérience dans ce domaine. L'une de mes meilleures amies, qui a un peu plus de 70 ans, est une ancienne professeure de l'Université de la Colombie-Britannique. Elle est aujourd'hui dans un établissement de soins de Victoria car elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle reçoit les meilleurs soins: Elle est tenue propre, elle est bien soignée et bien nourrie. Étant donné qu'elle ne peut pas se nourrir elle-même, on l'alimente. Elle ne reconnaît personne. Elle ne se reconnaît pas elle-même. Elle est incontinente. C'est une femme qui a bâti toute sa vie sur ses fonctions intellectuelles. Si elle avait perdu l'usage de son corps, il n'y aurait pas eu de problème. Elle serait partie heureuse. Cependant, son bien le plus précieux lui a été enlevé.

Le sénateur Perrault: La tragédie est d'autant plus grande, par conséquent.

Mme Miller: C'est exact. Lorsque je la vois, j'ai l'impression qu'aucun soin, quelle que soit sa qualité, ne justifie qu'on la maintienne en vie. Elle a souvent parlé de sa mère, qui est morte dans des circonstances semblables. Elle a souvent dit qu'elle ne voulait pas vivre s'il lui arrivait une chose pareille. Son médecin a accepté de ne pas la traiter si elle contractait une pneumonie, mais elle a une forte constitution. Elle a survécu à deux attaques de pneumonie. Aucun soin spécial au monde ne justifie qu'on maintienne cette femme en vie.

[Texte]

Senator Perrault: We come back to the statement, "the greatest good for the greatest number". You state in your brief that no matter how effective palliation is in relieving physical suffering and supporting patients, there will always be patients whose mental anguish it cannot alleviate. Should we enact such a basic change in the law when it affects such a small group of people? Do we open the door to all sorts of other abuses? Is it worth the risk to providing doctor-assisted suicide to that small group?

Ms Miller: It is a difficult question in terms of a small group. Having no legal background, I would not make any attempt to suggest how this could be dealt with. Yesterday, you were saying that, perhaps, we ought to retain the prohibition in the Criminal Code, but incorporate something similar to what is allowed in Holland. That is to say, "under carefully controlled circumstances".

The more I think about it, the more it seems feasible to me. I liked your idea about there being a uniform measure applicable across Canada, but retaining some provisions in the Criminal Code.

Senator Lavoie-Roux: With Alzheimer's, a terrible disease, there is light at the end of the tunnel. Perhaps within a few years there will be treatment that could reverse the progression of that disease. We can only keep our fingers crossed. It is a terrible disease, not only for the patients, but also for their families who must see their loved ones in such a condition.

You talk about the abuses of the present system on page 3 of your brief. You list as the last abuse: "inappropriate allocation of health resources". One of my concerns in this debate involves economics because it becomes an important factor in deciding whether we go ahead or not. Of course, you have the right to say what you have said. In practical terms, you are right. If someone dies, they do not have to be treated for another month, which saves the cost of one month's hospitalization.

Nonetheless, I do not think the economic factor should come into play in this debate because it is too dangerous, particularly in times such as these when there are great financial constraints. The health care system is feeling the pressure of the aging population. The development of new technology to address their concerns is costly.

Such an economic argument can lead to what has happened in England. After 55 years of age, if you live in Britain, you can no longer receive dialysis in the public health care system.

We have to be extremely careful about this. It will be so much the better if we can find solutions to reduce the costs of the health care system as well as making it more available. I do not think

[Translation]

Le sénateur Perrault: On en revient à la maxime: «faire le plus de bien au plus grand nombre». Vous nous dites dans votre mémoire que quelle que soit l'efficacité des soins palliatifs lorsqu'il s'agit de soulager la douleur et d'aider les malades, il y aura toujours des personnes dont les angoisses mentales ne pourront pas être soulagées. Doit-on apporter des modifications fondamentales à la loi lorsqu'elle ne touche qu'un si petit nombre de gens? Doit-on ouvrir la porte à toutes sortes d'autres abus? Est-ce que le risque en vaut la chandelle lorsqu'on décide de mettre le suicide médicalement assisté à la disposition d'un petit groupe comme celui-ci?

Mme Miller: La question du petit groupe est difficile. Je n'ai aucune formation de juriste et je n'essaierai pas de vous dire comment on pourrait régler le problème. Vous avez dit hier que l'on pourrait peut-être conserver l'interdiction qui figure dans le Code criminel tout en ajoutant une permission semblable à celle qui est autorisée en Hollande. On pourrait dire par exemple: «Dans des circonstances faisant l'objet d'un contrôle étroit».

Plus j'y pense, plus ça me paraît faisable. J'ai aimé votre idée d'une mesure s'appliquant uniformément à tout le Canada, tout en conservant certaines dispositions du Code criminel.

Le sénateur Lavoie-Roux: Avec l'Alzheimer, une maladie terrible, il y a une lumière au bout du tunnel. On aura peut-être dans quelques années un traitement permettant d'inverser la progression de la maladie. On ne peut que se croiser les doigts. C'est une maladie terrible, non seulement pour les malades, mais aussi pour leurs familles, qui voient des êtres qui leur sont chers dans un tel état.

Vous nous parlez à la page 4 de votre mémoire des abus qui ont lieu dans le système actuel. Le dernier abus de cette liste est qualifié «d'attribution inappropriée de ressources médicales». L'une de mes préoccupations dans ce débat porte sur les questions financières étant donné que c'est un facteur important lorsqu'il s'agit de décider si l'on va poursuivre ou non le traitement. Bien entendu, vous avez le droit de parler comme vous l'avez fait. Dans la pratique, vous avez raison. Si quelqu'un doit mourir, il est inutile de le traiter un mois de plus, et l'on peut économiser le coût d'un mois d'hospitalisation.

Néanmoins, je ne pense pas qu'il faille faire intervenir les questions financières dans ce débat parce que c'est trop dangereux, notamment dans une période caractérisée comme la nôtre par des restrictions budgétaires. Notre réseau de la santé se ressent des pressions exercées par une population qui prend de l'âge. La mise au point des nouvelles techniques visant à remédier à cette situation coûte cher.

Cet argument financier peut nous amener à ce qui s'est passé en Angleterre. Une fois que vous avez atteint 55 ans, si vous habitez en Angleterre, vous ne pouvez plus bénéficier d'une dialyse dans le cadre du système de soins de santé public.

Il nous faut faire bien attention sur ce point. Il serait bien préférable que l'on puisse trouver des solutions permettant de réduire les coûts du réseau de santé tout en le rendant plus

[Text]

cost should be a consideration in this kind of debate. I think it is dangerous.

I am sure you did not bring raise that issue with that intention in mind, but we must be careful about such arguments.

Mr. Clapham: We raised the matter with that in mind, because we wished to show that we realize there is an argument to say that it will reduce costs. We do not want to use that argument either.

In the case of someone who is kept alive when they do not want to be kept alive, there must be a better use for those costs. It is not an argument that should be a factor when it comes to making the decision one way or the other.

The Chairman: Thank you very much, indeed, for your presentation this morning.

Our next witness is Dr. Eike-Henner Kluge. Would you care to commence, please, Dr. Kluge?

Dr. Eike-Henner W. Kluge, Professor, Department of Philosophy, University of Victoria: Madam Chairman and honourable senators, thank you for inviting me back to present the more substantive part of my presentation. I hope to be able to answer some of the questions with respect to specific modifications of the Criminal Code and the dangers inherent in them by presenting to you a suggestion as to how the code might be amended.

Before I do that, I should like to address one of the major concerns of the interrelationship between the rights of the minority and the rights of the majority, a topic which was raised not only this morning but on other occasions as well. I should like to do this in the context of section 1 of the Charter of Rights and Freedoms.

To the best of my understanding, section 1 of the Charter may only be engaged if it has been demonstrably shown, where the onus of proof is on the party seeking to engage the Charter, that the rights of the majority cannot be satisfied except by a curtailment of individual liberty and by a suspension of justice. The demonstration that this is the case cannot be accomplished by showing that only by curtailing individual liberty or by suspending justice will the interests of the majority be met in a numerical sense, or that the impugned injunction makes for ease of administration.

If that were the case, minority rights could always be violated and the remaining clauses of the Charter might just as well not exist. Instead, it must demonstrably be shown that the rights of the majority are threatened in an irresolvable fashion, and that there is no way of accommodating the rights of the minority and the majority together.

Therefore, the test of section 1 is whether it can be shown that there are no mechanisms that would allow the rights of the minority to be satisfied without entailing an impossibility of satisfying the rights of the majority. If it can be shown that no such mechanism exists, then section 1 may be engaged; if not, then an application of section 1 must fail. In other words, the *onus probandi* lies on the party claiming validation under section 1.

[Traduction]

disponible. Je ne crois pas qu'il faille faire intervenir les coûts dans ce genre de débat. Je considère que c'est dangereux.

Je suis certaine que vous n'avez pas parlé ainsi dans cette intention, mais il faut faire très attention à ce genre d'argument.

M. Clapham: Nous avons abordé la question en ayant cela à l'esprit parce que nous voulions faire savoir que nous étions au courant de l'argument financier invoquant la réduction des coûts. Nous non plus, nous ne voulons pas faire usage de cet argument.

Lorsqu'on maintient en vie quelqu'un qui ne veut pas rester en vie, cela entraîne des coûts qui pourraient être mieux utilisés ailleurs. Il ne s'agit pas d'un argument qui doit intervenir lorsqu'on prend la décision de traiter ou pas.

La présidente: Je vous remercie de l'exposé que vous nous avez présenté ce matin.

Le témoin suivant est le docteur Eike-Henner Kluge. Docteur Kluge, vous pouvez y aller.

Le docteur Eike-Henner W. Kluge, professeur, département de philosophie, Université de Victoria: Madame la présidente et honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir réinvité pour vous présenter les dispositions de fond qui figurent dans mon exposé. J'espère pouvoir répondre à un certain nombre de questions touchant les modifications précises devant être apportées au Code criminel et les dangers qui s'y rattachent en vous présentant mes propres propositions.

Auparavant, je voudrais aborder l'une des grandes préoccupations que soulève la relation entre les droits de la minorité et ceux de la majorité, sujet qui a déjà été évoqué ce matin ainsi qu'en d'autres occasions. Je vais le faire en replaçant cette question dans le cadre de l'article 1 de la Charte des droits et libertés.

Selon mon interprétation, on ne peut invoquer l'article 1 de la Charte que si l'on apporte la preuve, la charge de la preuve étant imposée à la partie qui invoque la Charte, que les droits de la majorité ne peuvent être respectés qu'en restreignant la liberté individuelle et en suspendant les règles de justice. On ne peut pas apporter cette preuve en se contentant de démontrer qu'en restreignant la liberté individuelle ou en suspendant la justice les intérêts de la majorité vont être respectés car il s'agit du plus grand nombre, ou que l'injonction à laquelle on s'oppose permet de faciliter l'administration du système.

Si c'était le cas, les droits de la minorité pourraient toujours être violés et les autres articles de la Charte pourraient tout aussi bien ne pas exister. En fait, il convient d'établir de manière probante que les droits de la majorité sont menacés d'une façon irréversible et qu'il n'y a aucun moyen de concilier les droits de la minorité et ceux de la majorité.

Par conséquent, le critère qu'il faut considérer au titre de l'article 1 est de savoir s'il est possible de démontrer qu'il n'existe aucun mécanisme susceptible de satisfaire les droits de la minorité sans entraîner l'impossibilité de satisfaire les droits de la majorité. Si l'on peut apporter la preuve qu'aucun mécanisme de ce type n'existe, il est alors possible d'invoquer l'article 1; dans le cas contraire, le recours à l'article 1 doit nécessairement échouer.

[Texte]

Honourable senators will find these remarks on page 31 of my initial brief.

It does not lie on the party who claims a violation of the other sections of the Charter. I would respectfully suggest to the committee that in the case of Sue Rodriguez these conditions were not met. With the greatest respect, the majority reasoning of the Supreme Court merely stated, but did not demonstrably show, that the section 15 rights of the minority, which by the Supreme Court's own admission were violated by current legislation, could not be met without entailing an impossibility of meeting the rights of the majority. Nor did the submissions to the court that urged this position present demonstrably conclusive evidence to this effect, as is required under section 1 of the Charter.

I therefore respectfully urge this committee not to consider the majority judgment of the Supreme Court as reflective either of the wording or of the sense of the Charter itself. In the event that this committee has neither the mandate nor the wish to adopt this position, and on the supposition that the committee does not accept my reasoning as to *onus probandi*, I should like to address the possibility of drafting appropriate legislation that meets the requirements of section 1 while safeguarding the rights guaranteed under the remainder of the Charter.

As members of the committee are fully aware, two of the most eminent jurists of the country, Chief Justice Lamer of the Supreme Court of Canada, and Chief Justice McEachern of the British Columbia Court of Appeal, have made suggestions as to how possible regulations might proceed on an interim basis. These proposals, duly modified, may well form the basis of appropriate legislation. However, with all respect, these proposals deal only with assisted suicide.

To amend the current statutes only in this regard would be a piecemeal approach because it would not deal fully with the various other aspects of euthanasia and assisted suicide. Neither active nor passive euthanasia would be included, nor would euthanasia for congenitally incompetent persons or for persons who once were competent and who now are no longer competent.

It would thus leave the law in a continued unsatisfactory state because it would continue to discriminate on the basis of handicap. In that respect, it would continue to violate section 15 of the Charter.

I would therefore suggest to this committee that a possible restructuring of the Criminal Code in this matter might proceed as follows. I apologize in advance for the extreme detail of what is about to follow. I propose the following:

217.1 Nothing in sections 14, 45, 215, 216 and 217 and other relevant sections of the Criminal Code shall be interpreted as:

[Translation]

Autrement dit, la charge de la preuve incombe à la partie qui veut se prévaloir de l'article 1.

Honorables sénateurs, vous trouverez ces observations à la page 31 de mon mémoire initial.

Cette charge de la preuve n'incombe pas à la partie qui prétend que l'on a enfreint d'autres articles de la Charte. Je ferai respectueusement remarquer au comité que ces conditions n'ont pas été respectées dans l'affaire Sue Rodriguez. Avec tout le respect que je dois à la Cour suprême, je signale que la majorité des juges n'ont fait qu'indiquer, sans en apporter la preuve, que les droits de la minorité reconnus par l'article 15, qui de l'avis même de la Cour suprême ont été enfreints par la loi actuelle, ne pouvaient pas être respectés sans que cela entraîne l'impossibilité de respecter des droits de la majorité. De même, les plaidoiries présentées à la cour pour défendre cette position n'apportent pas de preuve concluante à cet effet, contrairement à ce qu'exige l'article 1 de la Charte.

Par conséquent, je demande respectueusement à votre comité de ne pas considérer l'arrêt prononcé par la majorité des juges de la Cour suprême comme une décision reflétant la lettre ou l'esprit de la Charte. Au cas où votre comité n'aurait pas le mandat ni la volonté d'adopter ce point de vue et en supposant qu'il n'accepte pas mon raisonnement pour ce qui est de la charge de la preuve, j'aimerais ici me prévaloir de la possibilité de présenter une ébauche de projet de loi approprié à la situation, qui répond aux exigences de l'article 1 tout en protégeant les droits garantis en vertu du reste de la Charte.

Les membres du comité le savent pertinemment, deux des plus éminents juristes de notre pays, le juge en chef Lamer de la Cour suprême du Canada et le juge en chef McEachern de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, ont fait des propositions sur la possibilité d'appliquer des réglementations à titre provisoire. Ces propositions, dûment modifiées, pourraient servir de base à une loi appropriée. Je vous fais remarquer cependant que ces propositions ne traitent que du suicide assisté.

Si l'on ne modifiait les lois actuelles que sur ce point, on adopterait une démarche parcellaire parce qu'on omettrait de traiter intégralement des différents autres aspects de l'euthanasie et du suicide assisté. L'euthanasie active ou passive sera laissée de côté, de même que l'euthanasie des personnes congénitalement inaptes ou des personnes qui ont été à un moment donné aptes à exprimer leur volonté, mais qui ne le sont plus.

Notre droit continuerait donc d'être mal adapté parce qu'il continuerait à faire de la discrimination en fonction du handicap. De ce point de vue, il continuerait à enfreindre les dispositions de l'article 15 de la Charte.

Je propose donc au comité une restructuration éventuelle du Code criminel selon le modèle qui suit. Je vous prie de m'excuser à l'avance d'être entré dans les menus détails. Voici ce que je propose:

217.1 Aucune disposition des articles 14, 45, 215, 216, 217 et autres articles pertinents du Code criminel ne doit être interprétée comme

[Text]

(a) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person who competently requests that such treatment not be commenced or continued;

(b) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person who has previously made a competent determination that such treatment not be commenced or continued and who has not revoked such determination;

(c) requiring a qualified medical practitioner to commence or continue to administer surgical or medical treatment to a person when a duly empowered proxy decision-maker of that person, using appropriate standards of proxy decision-making, formally requests that such treatment not be commenced or continued; or

(d) preventing a qualified medical practitioner from commencing or continuing to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person, except where

(i) that person competently requests or has competently requested that such measures not be undertaken if these measures have a life shortening effect; or

(ii) the duly empowered proxy decision-maker of that person, using appropriate standards of proxy decision-making, requests that such measure not be undertaken if these measures have a life shortening effect.

I recommend further that this committee accept in its wisdom that several new sections be added to the Criminal Code, which should read as follows, and since I have no new numbering for these sections I have used simply "x" and "y":

xxx.1 Notwithstanding anything in sections 14, 45, 215, 216, 217 or any other relevant section, no qualified medical practitioner commits an offence set out in those sections where the practitioner. . .

With respect, honourable senators, this is physician specific rather than the general section. The proposed section would go on to state:

(a) does not commence or continue to administer

(i) surgical or medical treatment to a person who competently and formally requests that such treatment not be commenced or continued;

(ii) surgical or medical treatment to a person who has previously made a competent determination that such treatment not be commenced or continued and who has not revoked such determination;

[Traduction]

a) exigeant qu'un médecin qualifié entreprenne ou continue à administrer un traitement médical ou chirurgical à une personne ayant toute sa raison qui demande que l'on ne procède pas à ce traitement ou qu'on l'arrête;

b) exigeant qu'un médecin qualifié entreprenne ou continue à administrer un traitement médical ou chirurgical à une personne ayant pris antérieurement la décision, alors qu'elle avait toute sa raison, de refuser que ce traitement soit entrepris ou poursuivi, et qui n'a pas révoqué cette décision par la suite;

c) exigeant qu'un médecin qualifié entreprenne ou continue à administrer un traitement médical ou chirurgical à une personne lorsque le titulaire d'une procuration dûment mandaté par celle-ci selon les normes de procuration en usage, demande officiellement que ce traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi; ou

d) empêchant un médecin qualifié d'entreprendre ou de continuer à administrer des soins palliatifs ou des mesures visant à supprimer ou à alléger les souffrances d'une personne dans le seul but de faire en sorte que l'espérance de vie de cette personne en soit vraisemblablement raccourcie, sauf dans les cas

(i) où cette personne demande ou a antérieurement demandé, lorsqu'elle avait toute sa raison, que ces mesures ne soient pas entreprises si elles ont pour effet d'abrégé sa vie; ou

(ii) lorsque le titulaire d'une procuration dûment mandaté par cette personne, selon les règles de procuration en usage, demande que ces mesures ne soient pas entreprises si elles ont pour effet d'abrégé la vie du malade.

Je demande en outre au comité de bien vouloir ajouter plusieurs autres articles au Code criminel, dont la teneur est la suivante, et que j'ai numérotés faute de mieux à l'aide de «X» et de «Y»:

xxx.1 Indépendamment des dispositions des articles 14, 45, 215, 216, 217 ou autres articles pertinents du Code, aucun médecin qualifié ne commet une infraction en vertu des dispositions de ces articles lorsqu'il [. .]

Je vous fais remarquer respectueusement, honorables sénateurs, qu'il s'agit là de l'article se rapportant précisément aux médecins et non pas de l'article de portée générale. La formulation de l'article proposé sera ensuite la suivante:

a) Entreprendre ou continue à administrer

(i) un traitement médical ou chirurgical à une personne qui demande officiellement, alors qu'elle a toute sa raison, que ce traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi;

(ii) un traitement médical ou chirurgical à une personne qui a auparavant fait connaître sa décision, alors qu'elle avait toute sa raison, de refuser que ce traitement soit commencé ou poursuivi, et qui n'a pas révoqué cette décision;

[Texte]

(iii) surgical or medical treatment to a person when a duly empowered proxy decision-maker of that person, using appropriate standards of proxy decision-making, formally requests that such treatment not be commenced or continued;

or

(b) commences or continues to administer palliative care and measures intended to eliminate or relieve the suffering of a person for the sole reason that such care or measures will or are likely to shorten the life expectancy of the person, except where —

Here I would add the conditions under the previous subsections numbered (i) and (ii).

xxx.2 In the event that the life of the person will or is likely to be shortened by the use of palliative measures involving medications or similar means, and the time-span of this shortening exceeds what would normally be expected using appropriate and recognized palliative measures, the case shall be subject to review by an independent body consisting of a physician having no connection with any party involved in the case, a member of the Attorney General's Department of the jurisdiction in which the death has occurred, and an independent member of the public having training in ethics.

xxx.3 If this independent body finds that the event was not in accordance with the competently expressed wishes of the patient or in accordance with appropriate standards of proxy decision-making, as the case may be, the otherwise relevant provisions of the Criminal Code shall apply.

Further, with respect to voluntary euthanasia I suggest section yyy.1 which states:

yyy.1 If a person suffers from an incurable and irremediable disease or medical condition, and if that person experiences the disease or condition as violating the fundamental values of that person, then

(a) that person may make application to a superior court for permission to request the assistance of a physician in terminating his life as quickly and as painlessly as possible in keeping with the fundamental values of that person; and

(b) on presentation of evidence by an independent psychiatrist and the attending physician that the person making the request is competent to do so, the court shall hear such a request as expeditiously as possible.

yyy.2 The court, upon due consideration of the mental and physical state of the person requesting permission under yyy.1, and of that person's fundamental values; and taking due account of the medical nature of the affliction of the

[Translation]

(iii) un traitement médical ou chirurgical à une personne lorsque le titulaire d'une procuration dûment mandaté par cette personne selon les règles de procuration en usage, demande officiellement que ce traitement ne soit pas entrepris ou poursuivi;

ou

b) Entreprend ou continue à administrer des soins palliatifs et des mesures visant à supprimer ou à alléger les souffrances d'une personne dans le seul but que ces soins ou que ces mesures raccourcissent à coup sûr ou vraisemblablement l'espérance de vie de cette personne, sauf lorsque [...]

Là, je ferais figurer les conditions correspondant aux alinéas (i) et (ii) qui précèdent.

xxx.2 Au cas où la vie d'une personne serait abrégée ou risquerait d'être abrégée par le recours à des mesures palliatives impliquant la prescription de médicaments ou d'autres moyens de ce type, et où la durée de la vie ainsi abrégée dépasse la durée normale à laquelle on pourrait s'attendre avec l'utilisation de mesures palliatives appropriées et reconnues, l'affaire devra être soumise à l'examen d'un organe indépendant composé d'un médecin n'ayant aucun lien avec les parties impliquées, d'un membre du ministère du Procureur général de la province dans laquelle la mort s'est produite et d'un membre indépendant appartenant au grand public et ayant une formation dans le domaine de l'éthique.

xxx.3 Si cet organisme indépendant conclut que la situation n'est pas conforme aux souhaits expressément exprimés par le malade apte à prendre une décision ou aux règles de procuration en usage, selon le cas qui s'applique en l'espèce, les autres dispositions pertinentes du Code criminel viendront s'appliquer.

Par ailleurs, en ce qui a trait à l'euthanasie volontaire, je propose que l'on adopte l'article yyy.1 dont la teneur sera la suivante:

yyy.1 Si une personne souffre d'une maladie incurable ou se trouve dans un état irrémédiable et si elle a le sentiment que cette maladie ou que cet état est contraire à ses valeurs fondamentales,

a) elle peut demander à une cour de degré supérieur la permission de réclamer l'aide d'un médecin pour mettre fin à sa vie le plus rapidement et le moins douloureusement possible en tenant compte de ses valeurs fondamentales; et

b) sur attestation d'un psychiatre indépendant et du médecin soignant que la personne qui présente cette demande est apte à le faire, la cour entendra cette demande dans les meilleurs délais.

yyy.2 Après avoir dûment examiné l'état mental et physique de la personne ayant présenté la demande aux termes de l'article yyy.1 ainsi que les valeurs fondamentales de cette dernière, et après avoir dûment pris en compte, d'un point de

[Text]

person requesting such assistance, may grant such an application.

yyy.3 Any permission granted under sec. yyy.2

(a) shall be registered with the regional coroner of the relevant jurisdiction;

(b) shall be for a period of six months; and

(c) shall include an order that there shall be due notification of the coroner if such a permission has been acted upon.

yyy.4 Any physician acting upon a permission granted under sec. yyy.2 and in accordance with the wishes of the person making the request under yyy.1, shall use such measures as he deems, upon due consideration, to be appropriate for terminating the life of that person as quickly and painlessly as possible.

yyy.5 Any physician acting upon a permission granted under secs. yyy.2, yyy.3 and yyy.4, and acting in accordance with the provisions set out therein, shall be deemed not to have committed an offence within the meaning of this Act.

zzz.1 Any person who suffers from an incurable and irremediable disease or medical condition, and who, by reason of incompetence, is unable to make application to a court as allowed under sec. yyy.1, may have such application made for him by a duly empowered proxy decision-maker using appropriate standards of proxy decision-making.

zzz.2 Any application brought under sec. zzz.1 shall be treated by the court as though it was an application brought by the incompetent person on his own behalf.

zzz.3 In considering an application brought under sec. zzz.1, the court shall have due regard to the previous competently expressed wishes and values of the now incompetent person, if that person was previously competent.

zzz.4 In the event that such values cannot be satisfactorily ascertained, the court shall use the values and standards currently accepted by Canadian society, where the nature of these values and standards shall be determined by the court in consultation with

(a) a duly empowered representative of an association for handicapped persons;

(b) a practicing physician;

(c) a practicing nurse;

(d) a person having expertise in biomedical ethics; and

(e) a member of the public at large.

zzz.5 In the event that an application brought under sec. zzz.1 is on behalf of a person who has never been competent, the court shall use the values and standards currently

[Traduction]

vue médical, l'état dans lequel se trouve la personne ayant demandé cette assistance, la cour peut accorder cette demande.

yyy.3 Toute autorisation donnée aux termes de l'article yyy.2

a) devra être enregistrée auprès du coroner régional de la juridiction compétente;

b) sera valable pendant six mois; et

c) s'accompagnera d'une ordonnance exigeant que le coroner soit dûment notifié au cas où on se prévaudrait de cette autorisation.

yyy.4 Tout médecin se prévalant de l'autorisation accordée aux termes de l'article yyy.2 et conformément aux souhaits de la personne ayant présenté la demande aux termes de l'article yyy.1, pourra faire usage, après avoir dûment considéré le cas, de toutes les mesures qu'il jugera appropriées pour mettre fin à la vie de cette personne le plus rapidement et le moins douloureusement possible.

yyy.5 Tout médecin se prévalant de l'autorisation accordée aux termes des articles yyy.2, yyy.3 et yyy.4 et agissant conformément aux dispositions établies ci-dessus, sera présumé n'avoir commis aucune infraction au sens de la présente loi.

zzz.1 Toute personne souffrant d'une maladie incurable ou d'un état irrémédiable d'un point de vue médical et qui, parce qu'elle est inapte à prendre une décision, ne peut pas s'adresser à la cour pour obtenir une autorisation aux termes de l'article yyy.1, pourra faire présenter cette demande en son nom par le titulaire d'une procuration dûment mandatée par lui selon les règles de procuration en usage.

zzz.2 Toute demande présentée aux termes de l'article zzz.1 sera traitée par la cour comme s'il s'agissait d'une demande présentée par la personne elle-même.

zzz.3 Lorsqu'elle examinera la demande présentée aux termes de l'article zzz.1, la cour devra prendre dûment en compte les souhaits et les valeurs exprimés précédemment par la personne désormais inapte à prendre une décision si elle était apte à le faire auparavant.

zzz.4 Si ces valeurs ne peuvent pas être appréciées avec certitude, la cour fera appel aux valeurs et aux normes en usage dans la société canadienne au moment considéré, lorsque la nature de ces valeurs et de ces normes peut être déterminée par la cour après avoir consulté

a) un représentant dûment autorisé d'une association de personnes handicapées;

b) un médecin praticien;

c) une infirmière praticienne;

d) une personne ayant de l'expérience dans le domaine de l'éthique biomédicale; et

e) un représentant du grand public.

zzz.5 Si la demande présentée aux termes de l'article zzz.1 est faite au nom d'une personne qui n'a jamais été apte à prendre une décision, la cour fera appel aux valeurs et aux

[Texte]

accepted by society, where these values shall be determined as under sec. zzz.4.

Honourable senators, that is my substantive submission with respect to the revision of the Criminal Code.

There remains one matter, that is, the involvement of physicians. In that regard, I should like you to turn to page 27 of my submission.

The central stumbling block appears to be the Hippocratic Oath. It is ironic that the profession which prides itself on the Hippocratic Oath does not require its members to take it. Indeed, physicians who have taken the oath are few and far between.

However, even an acceptance of the Hippocratic Oath entails neither the rejection of voluntary euthanasia nor of assisted suicide. What is frequently overlooked, and what makes all the difference, is that the oath begins with the following words:

I swear by Apollo Physician, by Asculapius, and by Hygeia, by Panacea and by all the Gods and Goddesses, making them my witnesses, that I will carry out, according to my ability and judgment, this oath and this indenture.

This preamble has more than merely stylistic significance. It governs the whole of the oath that follows. It enjoins each and every physician who takes it to use her or his judgment in adhering to the clauses that follow. It thereby gives each and every physician permission to participate in assisted suicide or to engage in euthanasia if, in her or his professional judgment, such an action is appropriate.

It is interesting to note that recent surveys by the Canadian Medical Association and, incidentally, the Australian Medical Association, have shown that many physicians have come to appreciate this. Hence the fact that approximately 60 per cent of Canadian physicians would find acceptable a change in the Criminal Code that allowed assisted suicide — not required it, but allowed it — and that a significant number not only would welcome such a change but would themselves participate in assisted suicide and euthanasia.

This position does not stand in isolation. We find a similar expression by a working party of the British Institute of Medical Ethics, which is attached to the British Medical Association, which states:

A doctor, acting in good conscience, is ethically justified in assisting death if the need to relieve intense and unceasing pain or distress caused by an incurable illness greatly outweighs the benefit to the patient of further prolonging life. This conclusion applies to patients whose sustained wishes on this matter are known to the doctor and should thus be respected as outweighing any contrary opinions expressed by others. Assistance of death, however, is not justified until the doctor and the clinical team are sure that the patient's pain and distress cannot be relieved by any other means — pharmacological, surgical, psychological, or social. To this

[Translation]

normes couramment acceptées par la société, ces valeurs étant déterminées conformément aux dispositions prévues par l'article zzz.4.

Honorables sénateurs, voilà quelles sont mes propositions quant au fond sur la question de la révision de Code criminel.

Il reste un sujet à évoquer, qui est celui de l'implication des médecins. À cet égard, je vous renvoie à la page 27 de mon mémoire.

Il semble que le principal écueil soit le serment d'Hippocrate. Il est paradoxal qu'une profession qui est si fière du serment d'Hippocrate n'exige pas que ses membres prêtent ce serment. En réalité, les médecins qui ont fait le serment d'Hippocrate sont bien rares.

Toutefois, même si on accepte le serment d'Hippocrate, cela ne veut pas dire que l'on doive rejeter l'euthanasie volontaire ou le suicide assisté. Ce que l'on oublie trop souvent, et ce qui fait toute la différence, c'est que le serment commence par l'invocation suivante:

Qu'Apollon, Esculape, Hygie et Panacée et tous les dieux et les déesses m'en soient témoins, je jure de respecter ce serment et les obligations qu'il implique au mieux de mes compétences et de mon jugement.

Ce préambule n'est pas simplement une clause de style. Il donne un sens à tout le serment qui va suivre. Il enjoint à tous les médecins qui prêtent ce serment de faire preuve de jugement en appliquant les clauses qui vont suivre. Il confère donc à tous les médecins l'autorisation de prendre part à un acte d'euthanasie ou de suicide assisté s'ils jugent professionnellement que cet acte est approprié.

Il est intéressant de relever que des sondages récents effectués par l'Association médicale canadienne et, accessoirement, par l'Association médicale australienne, ont révélé que de nombreux médecins en sont venus eux aussi à cette conclusion. Voilà pourquoi environ 60 p. 100 des médecins canadiens sont prêts à accepter qu'un changement soit apporté au Code criminel pour autoriser le suicide assisté (pas à l'exiger, mais à l'accepter) et qu'un nombre significatif d'entre eux est non seulement prêt à accueillir ce changement mais aussi à prendre part à des actes d'euthanasie et de suicide assisté.

Ce point de vue n'est pas isolé. Il est exprimé de la même manière par un groupe de travail de l'Institut britannique d'éthique médicale, qui relève de l'Association médicale britannique, qui s'exprime en ces termes:

Le médecin, qui agit en conscience, est justifié sur le plan de l'éthique de prendre part à un acte de mort assistée si la nécessité d'alléger une peine ou des souffrances intenses et constantes causées par une maladie incurable l'emporte de beaucoup sur les avantages qu'entraîne la prolongation de la vie du malade. Cette conclusion s'applique aux malades qui ont toujours fait connaître à leur médecin leurs désirs en cette matière, et dont les désirs doivent donc être respectés en dépit de l'opinion contraire d'autres personnes. L'acte de mort assistée n'est justifié cependant que si le médecin et l'équipe clinique sont sûrs que la peine et les souffrances du

[Text]

end, the views of medical and other professional colleagues and of the patient's family must be ascertained as fully as consistent with the maintenance of the patient's trust.

The working party considered several objections. I shall simply summarize their conclusions to these objections. The objections themselves will be obvious from the answers.

First, the working party stated that legalizing assisted suicide and euthanasia would indicate respect for the patient autonomy; would be in keeping with the physician's duty to do no harm; and would be in keeping with ethical allocation of resources and justice of access.

The group also stated that alternatives to assisted suicide and euthanasia must be continued to be explored; that euthanasia and assisted suicide should occur only in collaboration with other colleagues; and that the right of the individual physician not to participate must be respected.

It is arguable, honourable senators, that this perspective reflects the true meaning of the Hippocratic Oath and is in keeping with ethical medical practice, even as it is currently practised.

Madam Chairman, that is the thrust of my submission.

Senator Beaudoin: Dr. Kluge, if I understand the wording of the proposed amendment, it is to offer legislation on the legalization of euthanasia and assisted suicide. I understand that it is in accordance with the four dissenting judges in the Sue Rodriguez case.

Mr. Kluge: That is correct, except it goes further to consider situations which they did not consider.

Senator Beaudoin: You are proposing what I will not characterize as a "new social contract" because, perhaps, that is a bit too strong. In a way, this is understandable because when the Supreme Court dealt with the issue of abortion it came to the conclusion that the disposition of the Criminal Code was invalid.

After that, we in Parliament again tried to deal with the question of abortion on a free vote. Bill C-43 was presented by the government, and that was defeated in the Senate in a tied vote of 43 to 43.

The Sue Rodriguez case involved a five to four decision. Obviously, the Supreme Court was divided. The Canadian population may also be divided. Certainly, our experts are divided. In that sense, I understand your proposition.

Is it your wish that your proposed amendments give strong powers to the courts; or are you trying to find some mechanical way of resolving the problem in the courts?

[Traduction]

malade ne peuvent pas être allégées par d'autres moyens - pharmaceutiques, chirurgicaux, psychologiques ou sociaux. À cette fin, il convient de tenir compte de l'avis de la médecine, des collègues membres de la profession médicale et de la famille du malade dans toute la mesure où cela est compatible avec le respect des désirs du malade.

Ce groupe de travail a examiné plusieurs objections. Je me contenterais de résumer ses conclusions. On peut déduire facilement ces objections des réponses qui sont faites.

En premier lieu, le groupe de travail a déclaré que la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté témoignerait d'un respect pour l'autonomie de la volonté du malade, elle serait conforme à l'obligation qu'a le médecin de ne pas nuire et elle répondrait aux exigences d'une distribution des ressources qui soit conforme à l'éthique et d'un accès qui soit juste pour tous.

Le groupe a mentionné par ailleurs qu'il fallait continuer à étudier les solutions de rechange à l'euthanasie et au suicide assisté, que l'euthanasie ou le suicide assisté ne pouvaient être procurés qu'en collaboration avec d'autres collègues et qu'il convenait de respecter le droit pour chaque médecin de ne pas y participer.

On peut soutenir, honorables sénateurs, que ce point de vue reflète le sens véritable du serment d'Hippocrate et qu'il est conforme à l'éthique de la pratique médicale, même en ce qui a trait à la pratique actuelle.

Madame la présidente, voilà l'essentiel de ce que j'avais à dire.

Le sénateur Beaudoin: Docteur Kluge, si je comprends bien la formulation de la modification qui est proposée, il s'agit de légaliser l'euthanasie et le suicide assisté. Ce serait conforme à l'opinion des quatre juges minoritaires dans l'arrêt Sue Rodriguez.

M. Kluge: C'est exact, sauf que l'on va plus loin en considérant des situations qu'ils n'ont pas envisagées.

Le sénateur Beaudoin: Vous proposez quelque chose que je n'irais pas jusqu'à qualifier de «nouveau contrat social» parce que l'expression est peut-être un peu forte. Dans un certain sens, c'est compréhensible, puisque lorsque la Cour suprême s'est penchée sur la question de l'avortement, elle en est arrivée à la conclusion que la disposition du Code criminel était invalide.

Par la suite, nous avons essayé à nouveau au Parlement de régler la question de l'avortement par un vote libre. Le projet de loi C-43 a été déposé par le gouvernement et a été repoussé au Sénat par un vote également partagé, 43 contre 43.

L'arrêt Sue Rodriguez a été prononcé par une majorité de cinq juges contre quatre. Il est évident que la Cour suprême était divisée. Il est bien possible aussi que la population canadienne soit divisée. De toute évidence, nos experts sont divisés sur la question. De ce point de vue, je comprends votre proposition.

Souhaitez-vous que les modifications que vous proposez confèrent de grands pouvoirs aux tribunaux ou avez-vous essayé de trouver un mécanisme quelconque pour résoudre le problème devant les tribunaux?

[Texte]

Mr. Kluge: Senator, I have grave mistrust for mechanical ways. I am not merely an academician; I am a clinical counsellor in terms of ethics; and I am also an expert witness. I had the honour of being the Director of Ethics and Legal Affairs for the Canadian Medical Association for two and a half years. Thus, I am fully aware of the practical problems involved, which is why I distrust mechanical solutions. That is why my proposal contains the provision that the court reach a decision taking into account consultation from a group of people as indicated. In fact, it is not a mechanical procedure but one which will be adjusted to each individual instance. Each case is different.

Senator Beaudoin: I understand that. Obviously, the problem is so difficult and so delicate that it cannot be solved mechanically. You adopt the theory that we go case by case in this matter. However, you completely change philosophy and adopt the position of the minority in the Sue Rodriguez case. That is a valuable point of view.

I do not know what our decision will be respecting this issue. Yours is certainly a viable, legal alternative to the situation as it now stands. As you say, you prefer the global view of the problem. You do not want something too technical or too mechanical; you want something based on new principles.

Mr. Kluge: With respect, senator, the decision in the Sue Rodriguez case, even though as you correctly characterize it as a fine decision in terms of the balance, was a decision reached narrowly within the current limits of the Criminal Code. Therefore, in the end, the court probably had no choice unless it was to reinterpret section 1, and that was a matter of individual judgment.

That takes me to my second point. This would not introduce into the Criminal Code or to Canadian criminal law something that is not there. It would simply regularize application of the Charter, in particular section 15 which is the equality and justice section. This is why I was careful to preface what I said by saying that section 1, which overrides everything, has certain conditions attached to it. They are crucial. My submission is that, if that had been adhered to, the Sue Rodriguez case would have been decided differently. I say that with all respect to the Supreme Court justices, but they have been known to make even legal mistakes.

Senator Beaudoin: The argument of Chief Justice Lamer was based on section 15, the equality before the law section. If I have understood his reasoning correctly, it is that, if a person may commit suicide, then a handicapped person who needs help should be allowed to obtain that help to commit a form of suicide. If I am not mistaken, Chief Justice Lamer's reasoning is based on section 15. However, you say that, perhaps, the court had no choice but to go that way because of the wording of section 241.

[Translation]

M. Kluge: Sénateur, je me méfie beaucoup des mécanismes. Je ne suis pas seulement un universitaire, je suis un conseiller clinique en matière d'éthique et je suis aussi un expert-témoin. J'ai eu l'honneur d'être le directeur des questions d'éthique et de droit à l'Association médicale canadienne pendant deux ans et demi. Je suis donc bien conscient des problèmes pratiques qui se posent, et c'est pourquoi je me méfie des solutions mécaniques. C'est pourquoi ma proposition prévoit que la cour doit prendre sa décision après avoir consulté le groupe de gens que j'ai indiqué. Enfin, il ne s'agit pas là d'une procédure mécanique mais de quelque chose qui sera adapté à chaque cas en particulier. Chaque cas est différent.

Le sénateur Beaudoin: Je le comprends bien. Bien évidemment, le problème est si difficile et si délicat qu'on ne peut pas le résoudre par de simples mécanismes. Vous partez du principe que l'on doit considérer chaque cas particulier en la matière. Toutefois, vous changez complètement de philosophie et vous adoptez le point de vue de la minorité dans l'arrêt Sue Rodriguez. C'est un point de vue utile.

Je ne sais pas quelle sera notre décision sur la question. Vous nous proposez de toute évidence une solution juridique fiable pour remédier à la situation actuelle. Vous nous l'avez dit, vous préférez considérer le problème dans sa globalité. Vous ne voulez pas des solutions trop techniques ou trop mécaniques; vous voulez vous appuyer sur des principes nouveaux.

M. Kluge: Je vous ferais respectueusement remarquer, sénateur, que l'arrêt prononcé dans l'affaire Sue Rodriguez, même si vous dites avec raison qu'il s'agit d'une excellente décision bien équilibrée, n'a été prononcé que dans le cadre étroit du Code criminel actuel. Finalement, la cour n'avait probablement pas d'autre choix à moins de réinterpréter l'article 1, et il s'agissait là d'une question de choix individuel.

Voilà qui m'amène à mon deuxième argument. Il ne s'agirait pas ici d'ajouter au Code criminel ou au Droit pénal canadien quelque chose qui ne s'y trouvait pas auparavant. On ne ferait que régulariser l'application de la Charte, et en particulier de l'article 15 qui porte sur l'égalité et la justice. C'est pourquoi j'ai pris bien soin d'indiquer au préalable que l'article 1, qui prime sur tous les autres, est soumis dans son application à certaines conditions. Elles sont fondamentales. Je prétends que si l'on s'en était tenu à cette interprétation, l'affaire Sue Rodriguez aurait été jugée autrement. Malgré tout le respect que je dois aux juges de la Cour suprême, je dois dire qu'il leur est déjà arrivé de faire des erreurs, même en droit.

Le sénateur Beaudoin: L'argument du juge en chef Lamer était fondé sur les dispositions de l'article 15, celles de l'égalité devant la loi. Si j'ai bien compris son raisonnement, à partir du moment où une personne peut se suicider, il convient de permettre à une personne handicapée d'obtenir de l'aide pour commettre une certaine forme de suicide. Si je ne me trompe pas, le raisonnement du juge en chef Lamer est fondé sur l'article 15. Vous nous dites toutefois que la cour n'a pas eu le choix et qu'elle a dû se prononcer en ce sens en raison de la formulation de l'article 241.

[Text]

Mr. Kluge: No. With respect, I misspoke if I gave that impression. The court had no choice but to express its opinion only on the Sue Rodriguez case because that was a request for assisted suicide of a now competent person. But to restrict legislative proposals, or amendments to the code, to only that specific case is to invite further cases along these lines, precisely because section 15 would justify further applications.

It lies within the power of this committee to make recommendations. My suggestion was that the recommendations would be a general application of section 15 to regularize what now is admitted by the Supreme Court to be a violation of Section 15. There is no exception to that in the judgment. Every single judge accepted that section 15 is violated. Only the barest majority said, "But it is saved by section 1". That is the crux.

Senator Beaudoin: You, of course, would leave section 1 as it is. Section 1 allows a legislator in our country to restrict a fundamental right, if we can demonstrate that it is justifiable in a free and democratic society.

Did you say that Section 1 was rightly applied in the Sue Rodriguez case?

Mr. Kluge: No.

Senator Beaudoin: Did you say it was to the contrary?

Mr. Kluge: No, it was not correctly applied because the test of section 1, to the best of my understanding, is that it must be justifiable in a free and democratic society, which test has been interpreted previously, to the best of my understanding, as meaning that it must be shown that there is no legal way of saving the rights of the majority except by violating the rights of the minority. There are other legal cases on that point.

In this particular instance, as I hope my proposal indicates, there is a legal way of dealing with that. Therefore, section 1 need not be invoked in order to overrule what otherwise would have been a different judgment.

Senator Beaudoin: Will section 1 remain in place?

Mr. Kluge: Yes.

Senator Beaudoin: Of course, the court may always refer to section 1. This is where most judges disagree. Some Supreme Court judges may say, "You restrict some rights, but it is acceptable in a free and democratic society." Other judges may say, "You are restricting rights, but it is not acceptable in a free and democratic society."

Mr. Kluge: I accept that. With respect, senator, I suggested, however, that we have previous legal determination, even by the Supreme Court, that "justifiable in a free and democratic society" does not mean majority versus minority in a numerical sense. What it means is that, on balance, it is impossible to resolve conflicting rights, which means it must be shown

[Traduction]

M. Kluge: Non. Excusez-moi, mais je me suis mal exprimé si j'ai pu donner cette impression. La cour n'a pas eu le choix et a dû se prononcer uniquement sur le cas Sue Rodriguez parce qu'il s'agissait d'une demande de suicide assisté présentée par une personne apte à prendre une décision au moment considéré. Si l'on restreignait toutefois les propositions législatives ou les modifications apportées au Code à ce seul cas précis, on entrouvrirait la porte à d'autres recours en justice selon le même schéma, en raison précisément du fait que l'article 15 justifierait d'autres demandes.

Votre comité a le pouvoir de faire des recommandations. Je propose que ces recommandations prévoient une application générale de l'article 15 pour régulariser ce que la Cour suprême reconnaît aujourd'hui comme une infraction à l'article 15. Personne ne fait d'exceptions de ce point de vue dans cet arrêt. Tous les juges ont reconnu que l'article 15 avait été enfreint. Seule une infime majorité a déclaré: «Mais c'est permis par l'article 1.» C'est là le coeur du problème.

Le sénateur Beaudoin: Vous laisseriez bien entendu l'article 1 en l'état. L'article 1 permet dans notre pays au législateur de restreindre un droit fondamental s'il peut apporter la preuve que c'est justifié dans le cadre d'une société libre et démocratique.

Avez-vous dit que l'article 1 avait été bien appliqué dans l'arrêt Sue Rodriguez?

M. Kluge: Non.

Le sénateur Beaudoin: Avez-vous dit le contraire?

M. Kluge: Non, il n'a pas été bien appliqué parce que le critère posé par l'article 1, d'après ce que je peux voir, c'est que la mesure doit pouvoir se justifier dans une société libre et démocratique, et que ce critère a déjà été interprété précédemment, si je ne m'abuse, comme signifiant qu'il convient d'apporter la preuve qu'il n'y a aucun moyen légalement de préserver les droits de la majorité si ce n'est en enfreignant les droits de la minorité. Il y a de la jurisprudence sur ce point.

Dans ce cas particulier, j'espère prouver par ma proposition qu'il existe un moyen en droit de régler la question. Par conséquent, il n'est pas besoin d'invoquer l'article 1 pour renverser une décision qui aurait été alors différente.

Le sénateur Beaudoin: L'article 1 resterait en place.

M. Kluge: Oui.

Le sénateur Beaudoin: Bien entendu, la cour peut toujours se reporter à l'article 1. C'est là où la plupart des juges ne sont pas d'accord. Certains juges de la Cour suprême vont dire: «Vous restreignez certains droits, mais c'est acceptable dans une société libre et démocratique.» D'autres juges diront pour leur part: «Vous restreignez des droits, d'une façon qui n'est pas acceptable dans une société libre et démocratique.»

M. Kluge: J'en conviens. Je vous fais respectueusement remarquer, sénateur, que j'ai toutefois indiqué qu'il existait de la jurisprudence, même devant la Cour suprême, dans laquelle on avait déterminé que l'expression «dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique» ne revient pas à opposer d'un simple point de vue numérique la

[Texte]

demonstrably that there is no alternative. That is why, with respect, I disagreed with the majority decision of the Supreme Court that section 1 should be engaged. That is why I suggest you as a committee are not bound in terms of the way the section was interpreted by the five to four majority because there is a way to resolve that conflict.

Senator Beaudoin: We realize that it is up to the Parliament of Canada to settle problems as it sees fit. It is true that the Supreme Court may say, "That section complies with the Canadian Charter of Rights and Freedoms. You may change it if you want, and the debate may come back before the Supreme Court of Canada." We are very much aware of that. However, the last word in terms of legislation lies, of course, with Parliament.

Even if we legalize abortion and assisted suicide, nothing would prevent a taxpayer in our country raising those issues before the courts. You, of course, I understand, are quite ready to take that calculated risk because you agree entirely with your own proposal. You think your proposal is respectful of sections 1, 7 and 15 of the Charter.

Do you differentiate in theory, or perhaps in practice, between assisted suicide and euthanasia proper? Is it a form of euthanasia? Is it very different or is it a little bit different? Should they follow the same path? Should they have the same destiny in the cathedral of the Canadian Charter of Rights and Freedoms?

Mr. Kluge: With respect, senator, you have asked more than one question. I will try to respond to them in turn.

First, is assisted suicide the same as euthanasia? It depends what form the assistance takes.

If by "assisted suicide" you mean — and I hope we are talking about physicians — a physician prescribing appropriate medication or leaving an order that a physiotherapist set up an appropriate apparatus that the individual herself or himself may engage, that is causally different from a direct injection or direct administration physically.

Senator Beaudoin: Is it substantially different?

Mr. Kluge: It is causally different because, in the one case, the physician is the sole causal agent, that being, namely, what the physician injects. In the other case, the final determination and the final causal action resides with the individual person. Thus, they are different. There is no question about that.

However, they would be covered by the same general question of right to self-determination in the case of handicapped persons because refusal to provide assistance in whatever degree necessary

[Translation]

majorité à la minorité. Elle signifie que tout bien considéré il doit être jugé impossible de résoudre les droits qui entrent en conflit, ce qui revient à dire que l'on doit apporter la preuve qu'il n'y a pas d'autre solution. C'est pourquoi je fais respectueusement remarquer que je ne suis pas d'accord avec la décision de la majorité des juges de la Cour suprême, qui ont fait jouer l'article 1. C'est pourquoi je dis à votre comité qu'il n'est pas tenu de respecter l'interprétation donnée à cet article par les cinq juges de la majorité étant donné qu'il y a une façon de résoudre ce conflit.

Le sénateur Beaudoin: Nous comprenons bien qu'il appartient au Parlement du Canada de trancher les problèmes comme il l'entend. Il est vrai que la Cour suprême peut toujours dire: «Cet article est conforme à la Charte canadienne des droits et libertés. Vous pouvez le changer si vous le voulez et le débat reviendra devant la Cour suprême du Canada.» Nous savons bien tout cela. Toutefois, le dernier mot, pour ce qui est du sens à donner à la législation, appartient au Parlement.

Même si nous légalisons l'avortement et le suicide assisté, rien n'empêcherait un contribuable de notre pays de soulever ces questions devant les tribunaux. Je comprends, bien sûr, que vous êtes pour votre part tout à fait disposé à prendre ce risque calculé étant donné que votre propre proposition vous convient parfaitement. Vous considérez que votre proposition respecte les dispositions des articles 1, 7 et 15 de la Charte.

Faites-vous une différence en théorie, ou peut-être en pratique, entre le suicide assisté et l'euthanasie proprement dite? Est-ce que le suicide assisté est une forme d'euthanasie? Est-il très différent ou légèrement différent? Est-ce que les deux suivent la même logique? Doit-il être placé au même endroit dans la grande construction que constitue la Charte canadienne des droits et libertés?

M. Kluge: Excusez-moi, sénateur, mais vous m'avez posé là plusieurs questions. Je m'efforcerai d'y répondre l'une après l'autre.

Tout d'abord, le suicide assisté revient-il au même que l'euthanasie? Tout dépend de la forme que prend cette assistance.

Si par «suicide assisté» vous entendez (et j'espère que l'on parle ici d'assistance par un médecin) qu'un médecin prescrit un médicament approprié ou qu'il laisse une ordonnance pour qu'un physiothérapeute mette en place un appareil approprié dont la personne considérée va elle-même se servir éventuellement, la relation de cause à effet est différente de celle qu'entraîne une piqure ou un traitement administrés directement.

Le sénateur Beaudoin: C'est essentiellement différent?

M. Kluge: La relation de cause à effet est différente parce que dans un cas le médecin est la seule cause, c'est lui qui finalement fait l'injection. Dans l'autre cas, la décision définitive appartient à l'intéressé et c'est lui qui finalement est la cause de la mort. Les deux choses sont différentes. C'est indéniable.

Toutefois, les deux cas se ramènent à la question générale du droit à l'autonomie de la volonté dans le cas d'une personne handicapée pour laquelle le refus de prodiguer une assistance, quel

[Text]

amounts to what is sometimes called "constructive" discrimination.

Senator Beaudoin: That was the argument of Chief Justice Lamer.

Mr. Kluge: That is correct. I am fully aware of that, sir. I made that judgment, with all respect to Chief Justice Lamer, 10 years before he did.

Senator Beaudoin: Does your proposal deal with both?

Mr. Kluge: It deals with both, yes. It sets out the indications that must be followed, the procedural safeguards which must be realized in each case. The case would not be determined by the procedure because it would have to be heard on its merits. However, the procedure would have to be followed because the situation is far too serious to allow mere automatic engagement of a procedure.

That illustrates one of the problems I have with the Dutch proposal at the present time.

Senator Beaudoin: You are the second witness who has appeared before us to propose an amendment to the Criminal Code. The other witness was Professor Dickens. Have you read his intervention?

Mr. Kluge: I have, indeed. I know Professor Dickens, and I respectfully disagree with him. It seems to me that to engage the criminal process rather than a hearing, as I propose, is an inappropriate way to deal with this type of situation.

Senator Lavoie-Roux: I am not a legal expert, but I am disturbed by the judgment of Chief Justice Lamer, although I am sure he is a fine judge. His decision was rendered on the basis of discrimination. He said that the person who is not handicapped can commit suicide — and perhaps I am simplifying things, but with my knowledge of legal matters that is all I can do — but that to refuse to help a handicapped person to commit suicide is discriminatory. It seems to me that this is a false premise because suicide is no longer punishable.

Even for practical reasons, it seems easy to understand. The person who has committed suicide is no longer here. Everyone in our society does not say, "Everybody here has the right to commit suicide." Practically speaking, I suppose that is true. However, we also expend a great deal of effort preventing people from committing suicide. As I said in Ottawa, if someone were trying to jump out of the window, I would try to restrain them.

This is not something that society accepts. We try to cope with the phenomenon. We try to give support. We have associations to help those who are suicidal. I never could understand talking about discrimination in a situation like this. I do not see the discrimination.

[Traduction]

qu'en soit le degré, entraîne nécessairement ce que l'on a parfois appelé une discrimination «par nature.»

Le sénateur Beaudoin: C'est l'argument qu'a avancé le juge en chef Lamer.

M. Kluge: C'est exact. J'en suis bien conscient. Je ferai remarquer respectueusement que j'en suis arrivé à cette conclusion 10 ans avant le juge en chef Lamer.

Le sénateur Beaudoin: Est-ce que votre proposition traite des deux cas?

M. Kluge: Des deux cas, oui. On y donne les indications qui doivent être suivies, les règles de procédure qui doivent être respectées dans chaque cas. Les différents cas ne doivent pas être réglés en fonction d'une simple procédure parce qu'il faut les entendre quant au fond. Les règles de procédure devront cependant être suivies parce que les situations sont bien trop délicates pour qu'on se contente d'engager automatiquement une procédure.

Cela nous ramène aux réticences qui sont les miennes face au projet actuel des Pays-bas.

Le sénateur Beaudoin: Vous êtes le deuxième témoin ayant comparu devant notre comité pour proposer une modification au Code criminel. L'autre était le professeur Dickens. Avez-vous lu son intervention?

M. Kluge: Oui, en effet. Je connais le professeur Dickens et je tiens à dire respectueusement que je ne suis pas d'accord avec lui. Il me semble que le fait de recourir à la procédure pénale et non pas à la tenue d'une audience, comme je le propose, n'est pas la bonne solution pour régler ce genre de situation.

Le sénateur Lavoie-Roux: Je ne suis pas une spécialiste en droit, mais le jugement prononcé par le juge en chef Lamer me dérange, même si je suis certaine que c'est un excellent juge. Il en est arrivé à sa décision en se fondant sur une question de discrimination. Selon son argumentation, une personne qui n'est pas handicapée peut se suicider (je simplifie peut-être les choses, mais je ne peux pas mieux faire étant donné l'état de mes connaissances juridiques) mais qu'en refusant d'aider une personne handicapée à se suicider on fait preuve de discrimination. Il me paraît qu'il y a là une prémisse fausse parce que le suicide n'est plus sanctionné par la loi.

Même pour des raisons pratiques, cela semble facile à comprendre. La personne qui s'est suicidée n'est plus là. Personne dans notre société ne déclare: «Tout le monde a le droit de se suicider.» Dans la pratique, j'imagine que c'est vrai. Il n'en reste pas moins que nous faisons toute sorte d'efforts pour éviter que les gens ne se suicident. Comme je l'ai dit à Ottawa, si je voyais quelqu'un qui veut se jeter par la fenêtre, j'essaierais de l'empêcher.

Ce n'est pas quelque chose que la société accepte. Nous essayons de nous accommoder du phénomène. Nous nous efforçons d'apporter notre aide. Nous avons des associations qui aident les gens qui sont suicidaires. Je ne comprendrai jamais, toutefois, que l'on puisse parler de discrimination dans un cas comme celui-ci. Je ne vois pas où est la discrimination.

[Texte]

If that is the case, then it is discriminatory for me to be able to pursue studies while my neighbour cannot finish high school for economic or social reasons. There is discrimination there. There is no absolute right to commit suicide. Physically, you have the right to commit suicide. If no one is there, you can commit suicide.

I do not understand there to be discrimination in the case of suicide by someone who is physically competent and able to carry it out versus one who is competent and not able to carry it out. Could you shed some light on this matter for me?

Mr. Kluge: The reason we have prevention measures, and justifiably and rightly so, to prevent people from committing suicide is because we want to make sure that they know what they are doing and that they are competent. It is an expression of our concern as a society that when people commit irrevocable acts that they do so with full knowledge and understanding of what is going on. Nevertheless, they do have the right to do that if they are competent. That is the confluence of the repeal of the suicide section and the provisions for trying to prevent suicide. There is that difference.

If I am competent to decide to commit suicide and you interfere with me, then you are liable to a charge of assault and battery. If you physically interfere with me to restrain me and I am competent, then you are liable to that charge, if I wish to bring it, because I have the right to self-determination.

The position of the handicapped is quite different. We are not talking about the mentally handicapped, senator, but about the physically handicapped as you mentioned. That person is incapable of exercising a right. That does not mean other people have the obligation to come along and shoot them or do other things. They have the right to exercise a right, but they cannot do so. That is precisely the nature of discrimination as defined by the Supreme Court itself. It is that someone has a right but cannot exercise it. That is to say, they have a right that other people have but they cannot exercise it because that person finds herself or himself in a position that causes them to be unable to do so.

That is why with respect to suicide the difference between handicapped and nonhandicapped is so crucial, which is on what Chief Justice Lamer was focusing.

Senator Lavoie-Roux: You say that there is an absolute right for someone to commit suicide. If I try to prevent you from doing it, then I may be charged with assault and battery. This is the first time I have heard that.

Mr. Kluge: May I give you an example, senator? I refer you to a decision of the Ontario Court of Appeal in *Malette v. Shulman*. A very good and well-meaning physician saved the life of a woman who did not want it saved. He was tried for assault and battery, was found guilty, and fined \$20,000. That judgment

[Translation]

Si l'on va par là, il est discriminatoire dans mon cas de pouvoir poursuivre des études alors que mon voisin n'a pas les moyens de terminer l'école secondaire pour des raisons économiques ou sociales. Il y aurait là une discrimination. Le droit absolu de commettre le suicide n'existe pas. Physiquement, on a le droit de se suicider. Si personne n'est là, on peut toujours se suicider.

Je ne comprends pas qu'il puisse avoir une discrimination selon qu'il s'agisse d'un suicide d'une personne qui a les moyens physiques de le commettre ou d'une personne qui ne les a pas. Pouvez-vous éclairer ma lanterne?

M. Kluge: Si nous adoptons les mesures de prévention, ce qui est tout à fait justifié, afin d'empêcher les gens de commettre un suicide, c'est parce que nous voulons nous assurer qu'ils savent bien ce qu'ils font et qu'ils sont aptes à prendre une décision. Notre société cherche par là à s'assurer que lorsque les gens commettent des actes irrévocables, qu'ils le fassent en toute connaissance de cause et en sachant ce qu'ils font. Il n'en reste pas moins qu'ils ont le droit de le faire s'ils sont aptes à prendre une décision. C'est là que je trace la ligne de démarcation entre l'abrogation de l'article interdisant le suicide et l'adoption des dispositions qui s'efforcent d'empêcher le suicide. La différence est là.

Si je suis apte à prendre la décision de me suicider et si vous m'empêchez de le faire, vous pouvez être accusé de voies de fait. Si vous intervenez physiquement pour m'empêcher de le faire et si je suis apte à prendre une décision, vous êtes passible de cette accusation si je choisis de l'apporter en justice, parce que j'ai le droit de faire respecter l'autonomie de ma volonté.

Le problème posé par les handicapés est tout à fait différent. Nous ne parlons pas des handicapés mentaux, sénateur, mais des handicapés physiques, comme vous l'avez indiqué. Ces personnes ne sont pas aptes à exercer leurs droits. Cela ne veut pas dire que d'autres personnes vont avoir l'obligation de venir leur tirer une balle dans la tête ou autre chose de ce genre. Elles sont aptes à exercer ce droit, mais elles ne peuvent pas le faire. C'est précisément la nature de la discrimination telle que l'a définie la Cour suprême elle-même. Il s'agit de quelqu'un qui a un droit mais qui ne peut pas l'exercer. Autrement dit, ces personnes ont les mêmes droits que les autres, mais elles ne peuvent pas les exercer parce qu'elles se trouvent dans une situation qui les empêche de le faire.

C'est pourquoi du point de vue du suicide, la différence entre les personnes handicapées et celles qui ne le sont pas est si fondamentale, et c'est sur ce point qu'a insisté le juge en chef Lamer.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous me dites que chacun a le droit absolu de se suicider. Si j'essaye de vous empêcher de vous suicider, je peux être accusée de voies de fait. C'est la première fois que j'entends une chose pareille.

M. Kluge: Laissez-moi vous donner un exemple, Madame le sénateur. Je vous renvoie à l'arrêt prononcé par la Cour d'appel de l'Ontario dans l'affaire *Malette c. Shulman*. Il s'agit du cas d'un excellent médecin qui avait cru bien faire en sauvant la vie d'une femme qui ne voulait pas être sauvée. Il a été accusé de voies de

[Text]

was not further appealed to the Supreme Court because the Canadian Medical Protective Association, which defends physicians, realized it would lose the case.

Senator Beaudoin: Is that the only case?

Mr. Kluge: No, there are similar cases. In fact, the cases go back to 1935.

In this regard I refer you to the case of *Mulloy v. HopSang*, which is a decision of the Alberta Court of Appeal, in which a physician saved the life of a patient against his will by amputating a gangrenous right hand. At that time there were no antibiotics. Sulpha was not working. The patient would have died. The physician was found guilty on appeal.

In the same vein there is the case of *Parmley & Parmley v. Yule*. There are several other cases like that. No, this is not something that is isolated.

Senator Lavoie-Roux: Is that not different from the case of a doctor who intervenes when a patient has requested that treatment not be rendered? Yet the doctor insists that treatment be given. I think that is different from a healthy person who jumps out the window. I do not think it is the same as the case involving the doctor to which you referred in which the patient has refused treatment. In Quebec, under the Civil Code one can refuse treatment.

Mr. Kluge: You can in all of Canada on the basis of case law. That is one of the problems.

Senator Lavoie-Roux: Yes, but it is different from a healthy person who, while in the street, throws herself in front of the metro.

Mr. Kluge: With respect, senator, may I take you back to what I said originally? The primary underlying thesis of attempting to prevent suicide is that we are not at all sure that those who wish to commit suicide know what they are doing. They may be depressed, suffer from a psychosis or something like that. That is not the case in a usual situation in which we are dealing with a physician, where, presumably, in the physician-patient relationship, that has been explored. If it has not been — and I would be surprised if it had not — then we are dealing, of course, with medical malpractice.

In this particular instance, whether you are holding someone back from jumping out the window, or are holding someone back from dying, you are in fact holding back, and you are holding back physically. In the one case, unfortunately or fortunately, you have a physician. Therefore, we have a tradition which is somewhat different from traditions respecting ordinary people.

However, if current polls in Canada are anything to go by — and I respectfully remind this committee that this is one of the few polls in the whole history of polling in Canada where there has been a consistent rise in public opinion — the values of society

[Traduction]

fait, jugé et reconnu coupable, et a dû payer une amende de 20 000 \$. Cet arrêt n'a pas été porté en appel devant la Cour suprême parce que l'Association de protection médicale canadienne, qui défend les médecins, s'est rendue compte qu'elle perdrait sa cause.

Le sénateur Beaudoin: C'est la seule affaire?

M. Kluge: Non, il y en a d'autres du même type. En fait, cette jurisprudence remonte à 1935.

Sur ce point, je vous renvoie à l'arrêt *Mulloy c. HopSang*, prononcé par la Cour d'appel de l'Alberta, dans lequel un médecin a sauvé la vie de son malade contre la volonté de celui-ci en lui amputant la main droite atteinte de gangrène. À l'époque, il n'y avait pas d'antibiotiques. Les sulfamides ne donnaient aucun résultat. Le malade serait mort. Le médecin a été reconnu coupable en appel.

Il y a aussi dans la même veine l'affaire *Parmley & Parmley c. Yule*. Il y en a plusieurs autres comme ça. Non, ce n'est pas un cas isolé.

Le sénateur Lavoie-Roux: N'est-ce pas différent quand il s'agit d'un médecin qui intervient alors que le malade a refusé le traitement? Le médecin insiste quand même pour que le traitement soit prodigué. Je crois que le cas est différent de celui d'une personne en bonne santé qui saute par la fenêtre. Je ne crois pas que ce soit la même chose que le médecin auquel vous faites allusion et qui traite un malade ayant refusé le traitement. Au Québec, les dispositions du code permettent de refuser le traitement.

M. Kluge: On peut le faire partout au Canada en vertu de la jurisprudence. C'est l'un des problèmes qui se pose.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, mais le cas est différent de celui d'une personne en bonne santé qui, en pleine ville, se jette devant le métro.

M. Kluge: Si vous me le permettez, madame le sénateur, je vais vous renvoyer à ce que j'ai déclaré à l'origine. La principale raison pour laquelle on s'efforce d'empêcher le suicide, c'est parce que l'on est pas absolument sûr que celui qui a décidé de se suicider sait bien ce qu'il fait. Il se peut qu'il soit déprimé, qu'il souffre d'une psychose ou autre chose de ce genre. Cette question ne se pose pas dans la relation habituelle entre un malade et son médecin où l'on peut présumer que ce cas de figure a été étudié. S'il ne l'a pas été (et j'en serais bien étonné) on peut parler évidemment de faute médicale.

Dans le cas qui nous occupe, que vous empêchiez quelqu'un de sauter par la fenêtre ou que vous l'empêchiez de mourir, vous l'empêchez en fait d'agir et vous le restreignez physiquement. Dans l'un des cas, heureusement ou malheureusement, nous avons affaire à un médecin. Par conséquent, nous avons une tradition qui est quelque peu différente de celle qui s'applique au commun des mortels.

Toutefois, si l'on doit se fier aux sondages qui sont faits au Canada (et je ferais respectueusement remarquer au comité qu'il s'agit là de l'une des rares séries de sondages qui ait été effectuée au Canada où l'on enregistre une progression constante dans

[Texte]

are also that one should allow competent people to do what they do so long as they do not infringe on the rights of others.

The suggestion here is not that physicians be required. That is the furthest thing from my mind. Physicians do not cease to be moral or ethical persons because they are physicians. They have the right of conscientious objection like anyone else.

However, the proposal is that if there be physicians, then they be allowed to do so. Not to allow them to do so is to discriminate against those who cannot help themselves and who are caught in that position by another part which is beyond the purview of this committee. That has to do with the fact that, legally, medicine is a service-provider monopoly.

Senator Lavoie-Roux: That is another debate.

Mr. Kluge: Yes. However, that is the situation, and that is why, unfortunately, physicians have been dragged into this situation.

Senator Keon: Would you develop for me the legal nuances of the right to commit suicide as opposed to the freedom to commit suicide?

Mr. Kluge: Senator, we understand, perhaps erroneously, two kinds of rights. They are freedom rights and positive rights. We have a freedom right to commit suicide. Unfortunately, given the current state of the law, that freedom right is held inoperative by the conditions to which I have already referred. Does that answer your question, sir?

Senator Keon: I think so. You base the right to commit suicide on the mental competence of the individual; is that right?

Mr. Kluge: No, sir. I base the right to freedom of action on the individual's right to self-determination. Some people cannot exercise that right for two reasons: the first is physical handicap; the second is mental handicap. Physical handicap has already been addressed.

Mental handicap, which I believe you are aiming at, senator, is covered under the section dealing with duly empowered proxy decision-makers using established and acceptable standards of proxy decision-making which are specified in the legislation of every province. Not to include these would be to discriminate against them on the basis of handicap.

I am reminded in this case, senator, of a judgment which comes to us from the United States: *In the Matter of Bertha Collier*. "The rights of the incompetent must not be less than the rights of the competent simply because of their incompetence." The judge was talking about a severely handicapped child who was, on that basis, allowed to die. In fact, she was assisted to die.

[Translation]

l'opinion publique) selon les valeurs en usage dans notre société, il convient de laisser les gens aptes à prendre une décision faire ce qu'ils ont à faire à condition qu'ils n'empiètent pas sur les droits d'autrui.

Il ne s'agit pas ici d'exiger la participation des médecins. Loin de moi cette idée. Les médecins ne cessent pas d'être des personnes douées d'une morale ou d'une éthique parce qu'ils sont médecins. Ils ont le droit comme tout le monde à l'objection de conscience.

Selon cette proposition, par contre, à partir du moment où il y a un médecin, il faut qu'il soit autorisé à agir ainsi. Si on l'en empêchait, on ferait preuve de discrimination envers ceux qui ne peuvent pas agir par eux-mêmes et qui sont placés dans cette situation en vertu d'une autre caractéristique du système qui ne relève pas des compétences de votre comité. Il s'agit du fait qu'en droit la médecine dispense de services qui font l'objet d'un monopole.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ceci est un autre débat.

M. Kluge: Effectivement. Telle est la situation, cependant, et c'est pourquoi, malheureusement, les médecins sont entrés malgré eux dans ce débat.

Le sénateur Keon: Pourriez-vous détailler à mon intention les distinctions juridiques qui séparent le droit de commettre un suicide et la liberté de commettre un suicide?

M. Kluge: Sénateur, nous distinguons, peut-être à tort, deux types de droits. Il y a les libertés et les droits positifs. Nous avons la liberté de commettre le suicide. Malheureusement, dans l'État actuel du droit, cette liberté est rendue inopérante par les conditions auxquelles j'ai déjà fait allusion. Est-ce que cela répond à votre question?

Le sénateur Keon: Oui, je crois. Vous fondez le droit de commettre un suicide sur le fait que l'individu est apte mentalement; c'est bien ça?

M. Kluge: Non. Je fonde cette liberté d'action sur le droit qu'a chaque individu au respect de l'autonomie de sa volonté. Certaines personnes ne peuvent pas exercer ce droit pour deux raisons: il y a les handicaps physiques et il y a les handicaps mentaux. Nous venons de parler du cas du handicap physique.

Les handicaps mentaux, qui sont ceux auxquels je crois que vous faites allusion, sénateur, sont visés par l'article portant sur l'intervention du titulaire d'une procuration dûment mandaté à agir en vertu des règles de procuration en usage, qui sont précisées par la législation de chacune des provinces. Si leur cas n'était pas prévu, nous ferions preuve de discrimination à leur encontre sur la base du handicap.

Il me vient à l'esprit en l'espèce, sénateur, un arrêt prononcé aux États-Unis dans l'affaire: *In the Matter of Bertha Collier*. «Les droits de la personne inapte ne doivent pas être inférieurs à ceux de celle qui est apte pour la seule raison de son inaptitude.» Le juge se référait à un enfant gravement handicapé qui, de ce fait, a été autorisé à mourir. En fait, on l'a aidé à mourir.

[Text]

Senator Keon: The right of the competent to commit suicide as it relates to their doctor lies in the judgment of that doctor that they are competent; is that correct?

Mr. Kluge: Not as I outline it, sir, no; because, with respect, not all physicians are trained to evaluate competence properly. That is why I believe there is a subspecialty which deals with that. That is why my proposal suggests that there be a psychiatric assessment of the individual.

We had a recent case like this in B.C. under the new *Infants Act* which was proclaimed into law January 1, 1993. The case involved a 16-year old young lady who refused a life-saving liver transplant. She was assessed for psychiatric competence. She was found by the court to be competent. Therefore she was allowed not to have the liver transplant, even though under competing legislation she was a child in need of protection. We do have that mechanism already in place under the *Infants Act* in B.C.

Senator Keon: I would like to go back to the case you mentioned involving legal counsel for the Canadian Medical Protective Association who did not appeal a judgment of the court. Why did they not build their case on the fact that the physician involved could not make a judgment as to the mental competence of that patient?

Mr. Kluge: Because the physician had before him at that time a competently executed document which stated precisely what the patient wanted in case she was no longer competent. It was in fact a precisely worded advance directive.

Senator Lucier: Senator Lavoie-Roux has raised an extremely interesting point concerning suicide. What is the real status of it? Is it something we can do? I would appreciate your input Dr. Kluge.

Should we not have a legal opinion pertaining to the points raised by the honourable senator concerning the difference between a doctor intervening and someone wanting to jump out of a window and being restrained? I would like to know exactly where we stand in that regard.

In your brief in describing the Hippocratic Oath you state:

It is ironic that the profession which prides itself on the Hippocratic Oath does not require its members to take it. Indeed, physicians who have taken the Oath are few and far between.

I, and many others, have been hit over the head with this oath on many occasions in arguments with doctors. Is it true that doctors do not take the Hippocratic Oath as a matter of form?

[Traduction]

Le sénateur Keon: Le droit au suicide d'une personne apte à prendre une décision, dans ses relations avec son médecin, s'appuie sur le fait que ce médecin juge qu'elle est apte; c'est bien ça?

M. Kluge: Pas de la façon dont je vois les choses, non; parce que je vous ferai respectueusement remarquer que tous les médecins n'ont pas la formation nécessaire pour bien évaluer si une personne est apte à prendre une décision. C'est pourquoi je considère qu'il y a des spécialistes pour ça et que dans ma proposition je demande que l'on fasse appel à une évaluation psychiatrique de la personne concernée.

Nous avons eu récemment un cas de ce genre en C.-B. en vertu des dispositions de la nouvelle *Infants Act* qui a été promulguée le 1^{er} janvier 1993. Cette affaire mettait en cause une jeune fille de 16 ans ayant refusé une greffe du foie susceptible de lui sauver la vie. On a cherché à savoir au moyen d'une évaluation psychiatrique si elle était apte à prendre une décision. La cour l'a jugée apte. Elle a donc été autorisée à ne pas subir une greffe du foie même si, aux termes de la loi applicable, elle n'était qu'une enfant ayant besoin de protection. Ce mécanisme est déjà en place en Colombie-Britannique en vertu de l'*Infant Act*.

Le sénateur Keon: J'aimerais revenir sur l'affaire que vous avez évoquée au sujet de l'avocat de l'Association de protection médicale canadienne qui n'a pas fait appel du jugement du tribunal. Pourquoi n'a-t-il pas fait valoir le fait que le médecin en cause ne pouvait pas se faire une opinion sur l'aptitude mentale de ce malade?

M. Kluge: Parce que ce médecin avait devant lui à ce moment là un document signé d'une personne apte à prendre une décision dans lequel elle déclarait précisément ce qu'elle voulait qu'on fasse au cas où elle perdrait cette aptitude. Il s'agissait en l'espèce d'une directive de traitement précisément formulée à l'avance.

Le sénateur Lucier: Le sénateur Lavoie-Roux a soulevé un point très intéressant au sujet du suicide. Quel est son véritable statut juridique? Est-ce quelque chose que l'on peut faire? J'aimerais que vous nous apportiez des précisions, docteur Kluge.

Faut-il que nous demandions un avis juridique sur les points soulevés par l'honorable sénateur en ce qui a trait à la différence entre un médecin qui intervient avec un traitement et le cas de quelqu'un qui veut se jeter par la fenêtre et qui en est empêché? J'aimerais savoir exactement où nous en sommes sur ce point.

Dans votre mémoire, vous nous dites au sujet du serment d'Hippocrate:

Il est paradoxal qu'une profession si fière du serment d'Hippocrate n'exige pas que ses membres prêtent ce serment. En réalité, les médecins qui ont fait ce serment sont bien rares.

Comme bien d'autres, je me suis souvent vu assener cet argument du serment d'Hippocrate en discutant avec les médecins. Est-il vrai que les médecins ne prononcent pas systématiquement le serment d'Hippocrate?

[Texte]

Mr. Kluge: Senator, I have met only a handful of physicians who have taken the oath. It is not mandatory in most medical schools although it was many years ago. Most of the physicians I have met have never even read it. I do not say that as a negative judgment about the profession. Please, do not misunderstand me.

As to your first point, I would encourage you, senator, with all respect, to seek a legal opinion. But I would like to remind you that any legal opinion you receive will be within the confines of the current law. Therefore you should expect that the answer you get will have a certain nature, namely, it is illegal, or whatever.

With respect, senator, the task I see facing you is to expand the law according to the guidelines given by the Criminal Code and the ethical perspective of Canadian society at the present time.

Senator Beaudoin: I want to go back to the core of this debate. In answering a question you said that there is no such thing as the right to commit suicide, and then you used the word "freedom", which is another way to look at it. Some jurists are making distinctions between fundamental rights and freedoms. The fact is that we have the Charter of Rights and Freedoms. We used to say in law that to each right there corresponds an obligation. We do not say that for each freedom there is a corresponding obligation.

This, perhaps, may be a tentative answer to the point raised by my colleague. In other words, there is no judgment that clearly says that there is such a right as the right to commit suicide, but there are, of course, many cases which deal with suicide. I do not want to start a debate on terminology. Obviously, if a person commits suicide now, that was a decision made by that person.

You then say that people have the right to do that. Whether it is a right or a freedom is debatable. I would like to hear you on the question.

Mr. Kluge: I am delighted to deal with it, senator. It takes me back to what I said about negative and positive freedoms.

Our positive freedoms are usually simply called "freedoms", whereas our negative freedoms are usually called "rights" because they are so much more specific. In that sense, they are specifically singled out in that fashion. In the Charter of Rights and Freedoms it states, "The right to freedom from. . ." In either case it is the right to self-determination, whether positive or negative. Any infringement of the right of self-determination, whether positive or negative, constitutes an infringement of the right guaranteed under the Charter.

Senator Beaudoin: In your opinion, each individual under our democratic and chartered system has the right to self-determination of his or her own person.

Mr. Kluge: It is subject to the equal and competing rights of others. I have the right to self-determination, to use a very old example, to talk, but I may not yell "Fire" in a crowded theatre.

[Translation]

M. Kluge: Sénateur, je n'ai rencontré qu'une poignée de médecins qui ont prêté ce serment. Il n'est pas obligatoire dans la plupart des écoles de médecine même s'il l'était il y a longtemps. La plupart des médecins que je rencontre ne l'ont même pas lu. Il ne s'agit pas là d'un jugement négatif que je fais sur la profession. Ne me faites pas dire ce que je ne veux pas dire.

Sur le premier point, je vous invite respectueusement, sénateur, à demander un avis juridique. Je vous rappelle toutefois que tout avis juridique que vous recevrez vous sera donné dans le cadre du droit actuel. Vous devez donc vous attendre à une réponse d'un certain type; à savoir que telle chose est illégale, ou autre.

Je vous sou mets respectueusement, sénateur, que la tâche qui vous attend est d'élargir le cadre du droit dans les limites tracées par le Code criminel et en fonction des conceptions de la société canadienne actuelle sur le plan de l'éthique.

Le sénateur Beaudoin: Je voudrais revenir au cœur du débat. En réponse à une question, vous nous avez dit que l'on ne pouvait pas parler du droit de commettre un suicide et vous avez ensuite utilisé le terme de «liberté», ce qui est une autre façon de voir les choses. Certains juristes font une distinction entre les droits fondamentaux et les libertés. Le fait est que nous avons une Charte des droits et libertés. Nous disons habituellement en droit qu'à chaque droit correspond une obligation. Nous ne disons pas qu'à chaque liberté correspond une obligation.

Il s'agit là peut-être d'une tentative de réponse à la question soulevée par mon collègue. Autrement dit, il n'y a aucun jugement qui établit clairement qu'il existe un droit de se suicider, mais il y a bien entendu de nombreuses causes qui traitent du suicide. Je ne veux pas me lancer dans une querelle terminologique. Bien évidemment, si une personne se suicide aujourd'hui, c'est sa décision.

Vous nous dites ensuite que les gens ont le droit de le faire. Que ce soit un droit ou une liberté, on peut en discuter. J'aimerais entendre ce que vous avez à dire à ce sujet.

M. Kluge: Je le ferai avec plaisir, sénateur. Cela me ramène à ce que j'ai dit des libertés négatives et positives.

Nos libertés positives sont généralement appelées tout simplement «libertés», alors que nos libertés négatives sont généralement des «droits», parce qu'elles sont bien plus précises. De ce point de vue, elles sont précisément répertoriées de cette façon. Dans la Charte des droits et libertés, on nous dit en anglais: «*The right to freedom from. . .*» Dans chaque cas, il s'agit d'un droit à l'autonomie de la volonté, que ce soit des droits positifs ou négatifs. Chaque fois que l'on enfreint le droit à l'autonomie de la liberté, qu'il soit positif ou négatif, on enfreint les droits garantis par la Charte.

Le sénateur Beaudoin: À votre avis, chacun, dans notre système démocratique et en vertu de la Charte, a le droit de décider lui-même de sa personne.

M. Kluge: Sous réserve des droits concurrents et égaux dont dispose autrui. Pour prendre un très vieil exemple, je dispose de la liberté de parole mais je ne peux pas crier «au feu» dans une salle de cinéma bondée.

[Text]

Senator Beaudoin: Yes, that is what was said by the Supreme Court in the United States.

Mr. Kluge: Precisely. This is why I may have a right to self-determination, and I do have a right to self-determination, in committing suicide. Because I am rational, you may not interfere with me. Ordinarily, that would not impose an obligation on you, except when I am handicapped. This is where section 15 of the Charter comes in. In all other sections where freedom rights are abridged, because of the condition of the individual who is handicapped, special clauses are added which allow exceptions for that handicap. That is precisely what this is all about.

Senator Beaudoin: Let us go back now to euthanasia as such. In your opinion, the same reasoning would apply. A person may say, "I have a right to self-determination. I do not wish to live any longer. I will use that right to ask a physician to give me an injection."

Mr. Kluge: No, sir.

Senator Beaudoin: No?

Mr. Kluge: Not under my proposal. I have made it very clear.

Senator Beaudoin: How do you come to that?

Mr. Kluge: The very simple reason is I need not impose a burden on someone else if I can discharge that burden myself. If I am competent and I can do it myself, then that is it, I should do it. However, it is when I am incompetent — that is, physically incompetent — or when I am otherwise prevented from doing it that I must seek the help of others. Otherwise we have, and I use the term again, "constructive discrimination". It is the nature of the situation that discriminates against me and puts me on a different footing.

Senator Beaudoin: Are you saying that the intervention of a third party, that is, the physician, is based on incompetence?

Mr. Kluge: That is correct, sir, in the case of a handicapped person.

Senator Beaudoin: If the person is not handicapped, then the person should do it himself or herself; is that what you are saying?

Mr. Kluge: If the person has the ability to kill herself or himself, the person should do that and not engage a physician, unless in fact the means of doing that are worse than the condition the individual faces. This is the situation faced by some AIDS patients before they become terminal.

Because in this, and I take you back, senator, to what I said before — it takes you far afield but, unfortunately, you may have no way but to explore it — medicine is a health care provider monopoly from which the only means of exit are under the control of health care professionals. If that were not the case, and prior to 1921 it was not, then physicians need not be involved. But,

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Oui, c'est ce qu'a déclaré la Cour suprême aux États-Unis.

M. Kluge: Précisément. C'est pourquoi j'ai le droit à l'autonomie de la volonté et le droit de décider de me suicider. Comme je suis doué de raison, on a pas le droit de m'en empêcher. D'ordinaire, je n'impose ainsi aucune obligation à autrui, sauf si je suis handicapé. C'est là qu'intervient l'article 15 de la Charte. Dans tous les autres articles où les droits relatifs à la liberté d'agir sont restreints en raison de la situation propre à une personne handicapée, des dispositions spéciales sont ajoutées pour prévoir une exception pour les handicapés. C'est précisément le problème ici.

Le sénateur Beaudoin: Revenons-en à l'euthanasie proprement dite. À votre avis, le même raisonnement s'applique. Une personne va pouvoir dire: «J'ai le droit de faire respecter l'autonomie de ma volonté. Je ne veux pas vivre plus longtemps. Je vais me servir de ce droit pour demander à un médecin de me faire une piqûre.»

M. Kluge: Non, ce n'est pas cela.

Le sénateur Beaudoin: Non?

M. Kluge: Pas en vertu de ma proposition. Je l'ai bien précisé.

Le sénateur Beaudoin: Comment ça?

M. Kluge: Pour la très simple raison que je n'ai pas à imposer ce fardeau à quelqu'un d'autre si je peux m'en acquitter moi-même. À partir du moment où je suis apte à prendre une décision et où je peux agir moi-même, c'est à moi de le faire. Toutefois, si je ne suis pas apte (c'est-à-dire si je suis inapte physiquement) ou si je suis pour une raison ou une autre empêché de le faire, c'est là que je dois demander l'aide de quelqu'un d'autre. Sinon, on se retrouve, et je reprends l'expression, devant un cas de «discrimination par nature». C'est la nature de la situation qui entraîne une discrimination à mon encontre et qui me met sur un pied différent.

Le sénateur Beaudoin: Est-ce que vous voulez dire par là que l'intervention d'un tiers, en l'occurrence du médecin, est fondée sur l'incapacité?

M. Kluge: C'est exact, dans le cas d'une personne handicapée.

Le sénateur Beaudoin: Si la personne n'est pas handicapée, il lui revient d'agir elle-même; c'est bien ce que vous nous dites?

M. Kluge: Si la personne est apte à se tuer elle-même, elle doit s'en acquitter elle-même et ne pas faire intervenir un médecin, à moins que dans la pratique les moyens qui devraient être utilisés sont pires que l'état dans lequel se trouve la personne concernée. C'est le cas dans lequel se trouvent certains sidatiques avant d'entrer en phase terminale.

Car sur ce plan, et je vous renvoie, sénateur, à ce que j'ai dit tout à l'heure (ça nous ramène bien loin de notre sujet mais, malheureusement, vous n'aurez peut-être pas d'autre choix que de vous pencher sur la question) la médecine dispose d'un monopole en matière de santé qui fait que les seuls moyens de sortir de ce monde sont placés sous le contrôle des professionnels de la santé.

[Texte]

unfortunately or fortunately — I personally think it is fortunate — access to the relevant medications is, by law, under the control of the medical profession, which is why they must be involved at some stage or other.

Senator Beaudoin: Your proposal is based on those distinctions, is it not?

Mr. Kluge: That is correct, sir. The fundamental basis is, of course, the Charter, combined with the fact that appropriate access to relevant medications is under the control of the profession. That would allow the profession — not “make” the profession, but “allow” the profession — to participate if it wishes. I stress the word “allow” because there are sufficient physicians who will do that.

I cite a recent statistic from Australia, which is not that different from us, where 59 per cent of physicians have participated in active euthanasia.

Senator Beaudoin: What about the United States?

Mr. Kluge: To the best of my knowledge the general statistics are not available.

Senator Corbin: Following on the exchange that has just occurred, let me ask you in cold blood if you equate self-determination with self-destruction. Depending on what your answer is, would that not be in conflict with the basic concept of the integrity of society?

Mr. Kluge: I have difficulty, senator, equating the right to self-determination to mean self-destruction. Not everyone would do that. That may be one instance of what may happen.

Senator Corbin: I am asking you in the framework we are discussing here this morning and not generally speaking.

Mr. Kluge: In the current framework, that may be the case.

Would that undermine society? No, sir, we have no indication that it would. In fact, the contrary opinion would be a reflection of the position that society owns the individual.

A free and democratic society is a society composed of individuals who voluntarily subordinate their rights relative to each other insofar as it is necessary, as pointed out in section 1 of the Charter, for a free and democratic society to exist. But they do so on the condition that the only way in which this can be done is that it must be shown that there is no other way. That is why I addressed very early on the claim that there was no way of dealing with the problem through legislation. I pointed out that there is.

Senator Corbin: This question is more personal. Do you then subscribe to the so-called “sanctity” or “uniqueness” of each and every individual life?

Mr. Kluge: May I answer that personally, then?

[Translation]

S’il n’en était pas ainsi, et avant 1921 ce n’était pas le cas, il ne serait pas nécessaire d’impliquer les médecins. Malheureusement ou heureusement, toutefois (et je considère personnellement que c’est heureux) l’accès aux médicaments appropriés est placé en droit sous le contrôle de la profession médicale, et c’est pourquoi les médecins doivent intervenir à un moment ou à un autre.

Le sénateur Beaudoin: Votre proposition se fonde sur ces distinctions, n’est-ce pas?

M. Kluge: C’est exact. À la base il y a bien sûr la Charte, combiné au fait que l’accès aux médicaments appropriés est placé sous le contrôle de la profession médicale. Cela doit permettre à la profession médicale (pas «obliger» cette profession, mais «permettre» à la profession) d’intervenir si elle le désire. J’insiste sur le terme «permettre» parce qu’il y a suffisamment de médecins pour le faire.

Je cite une statistique australienne récente, où la situation n’est pas très différente de la nôtre, qui révèle que 59 p. 100 des médecins ont pris part à un cas d’euthanasie active.

Le sénateur Beaudoin: Et aux États-Unis?

M. Kluge: À ma connaissance, on n’a pas de statistiques d’ensemble.

Le sénateur Corbin: À la suite de l’échange qui vient d’avoir lieu, j’aimerais vous demander de sang froid si vous assimilez l’autonomie de la volonté à l’autodestruction. Selon la réponse que vous allez me donner, n’y a-t-il pas là un conflit avec le principe de base qui s’applique à l’intégrité de la société?

M. Kluge: Sénateur, je peux difficilement assimiler le droit à l’autonomie de la volonté à une autodestruction. Ce n’est pas tout le monde qui va faire cela. C’est peut-être le seul cas où ça va se produire.

Le sénateur Corbin: Je ne vous parle pas en général, mais dans le cadre de nos discussions ici ce matin.

M. Kluge: Dans le cadre de nos discussions actuelles, c’est peut-être le cas.

Est-ce que cela va miner la société? Non, rien ne m’indique que ça pourrait être le cas. En réalité, c’est l’opinion contraire qui refléterait le fait que l’individu est la propriété de la société.

Une société libre et démocratique est une société composée d’individus qui lui subordonnent volontairement les droits qu’ils possèdent les uns par rapport aux autres dans la mesure où c’est nécessaire, comme on peut le voir à l’article 1 de la Charte, pour qu’une société libre et démocratique puisse exister. Ils le font à la condition que l’on puisse démontrer que c’est la seule manière pour y parvenir et qu’il n’y a pas d’autres façons. C’est pourquoi j’ai répondu dès le départ à la prétention selon laquelle il n’y avait aucun moyen de régler la solution par l’intermédiaire de la loi. J’ai fait remarquer qu’il y en avait un.

Le sénateur Corbin: Je vais vous poser une question plus personnelle. Est-ce que vous souscrivez à la notion du caractère «sacro-saint» ou «unique» de chaque vie humaine?

M. Kluge: Me permettez-vous alors de vous répondre sur un plan personnel?

[Text]

Senator Corbin: Yes.

Mr. Kluge: In that case, I will have to put it into context for you, sir. I spent half a year in a concentration camp as a child. I am a former refugee. I counsel. I have extreme experience with death in all its forms, both as an ethicist and as an individual. I have the greatest respect for individual life, but one thing I found in life, young as I am — and I hope I am young — is that in many cases what is worse than anything is being forced to do something against your will.

A violation of individual autonomy that goes to the very core of the individual can be worse than anything else. That is my personal answer. I certainly respect and value life, but it is the life of a person, not the life of a living body.

The Chairman: Dr. Kluge, I certainly cannot anticipate what our report will eventually contain. However, I do believe that we will not go so far as to make specific recommendations as to what changes should be made to the Criminal Code. That is something that will have to be decided by greater powers than this Senate committee. However, I am also quite confident that we will be appending for the information and use of the Minister of Justice, and of Parliament, all the different suggestions that have been given to the committee, including your proposals for amending the code.

However, just for my own information, would you reassure me on a couple of points in your suggested amendments? I refer you to page 35 and your proposed section yyy.3 in which it is stated:

Any permission granted under sec. yyy.2

(b) shall be for a period of six months;

Is there any possibility that your provisions do not cover those times when a person may change his or her mind within that period? Would all people be fully protected under the provisions as you have drawn then in the event he or she changed his or her mind about the application? That is registered for a fairly long period. I realize this is similar to Chief Justice Lamer's recommendations.

Mr. Kluge: Senator, I sit here covered with shame and confusion. I should have included one further clause, that is, one which states, "Also subject to immediate revocation by the competent person."

Senator Beaudoin: Would you add that to your proposal?

Mr. Kluge: That would be added under .3(b), (c) or (d), yes. The only solace I can find is that Chief Justice Lamer is in the same boat as I am.

The Chairman: I also checked that, and I wondered about it when I looked at his recommendations.

Mr. Kluge: Senator, it certainly was in my mind, that revocation is always immediate. All ethical guidelines of practice with which I am familiar include such a provision.

[Traduction]

Le sénateur Corbin: Certes.

M. Kluge: Il nous faut alors nous remettre en situation. J'ai passé la moitié d'une année dans un camp de concentration lorsque j'étais enfant. Je suis en ancien réfugié. Je suis conseiller. J'ai une très grande expérience de la mort sous toutes ses formes, aussi bien en tant que spécialiste de l'éthique qu'en tant qu'individu. J'ai le plus grand respect pour la vie individuelle, mais une chose que j'ai découvert dans la vie, même si je suis encore jeune (j'espère bien que je suis encore jeune) c'est que bien souvent le pire, c'est d'être obligé de faire quelque chose contre sa volonté.

La violation de l'autonomie individuelle, qui va jusqu'au plus profond de l'individu, peut être pire que tout. C'est ma réponse personnelle. Il est entendu que je respecte la vie et que je lui accorde de la valeur, mais à condition que ce soit la vie d'une personne et non pas d'un simple organisme vivant.

La présidente: Docteur Kluge, je ne peux certainement pas préjuger de ce que contiendra finalement notre rapport. Je suis convaincu, toutefois, que nous n'irons pas jusqu'à recommander des modifications précises devant être apportées au Code criminel. C'est là une question qui doit être tranchée par des pouvoirs plus éminents que ceux de ce comité sénatorial. Par contre, je suis bien persuadée que nous joindrons en annexe, pour l'information et l'usage du ministère de la Justice et du Parlement, les différentes propositions qui ont été faites au comité, y compris vos propres propositions de modification du code.

Pour ma simple gouverne, pourriez-vous cependant me rassurer sur un ou deux points concernant les modifications que vous proposez? Je vous renvoie à la page 35 et à l'article yyy.3 que vous proposez et dont la teneur est la suivante:

Toute autorisation accordée aux termes de l'article yyy.2

b) sera valable pendant six mois;

Est-il possible que vos dispositions ne tiennent pas compte des délais pendant lesquels une personne peut changer d'avis? Est-ce que tout le monde sera bien protégé par les dispositions que vous avez prévues au cas où quelqu'un changerait d'avis au sujet de cette demande? L'autorisation reste valable pendant un délai assez long. Je me rends compte que cette proposition s'apparente aux recommandations du juge en chef Lamer.

M. Kluge: Sénateur, vous m'en voyez tout confus. J'aurais dû faire figurer un autre article pour ajouter: «À moins par ailleurs qu'une révocation immédiate soit prononcée par la personne apte à prendre une décision.»

Le sénateur Beaudoin: Vous l'ajouteriez à votre proposition?

M. Kluge: Oui, aux alinéas .3b), c) ou d). Ma seule consolation, c'est que le juge en chef Lamer est dans le même bateau que moi.

La présidente: Je l'avais aussi constaté et je me posais des questions lorsque j'ai pris connaissance de ses recommandations.

M. Kluge: Sénateur, c'était certainement clair dans mon esprit, la possibilité d'une révocation immédiate est toujours là. Toutes les directives régissant les pratiques conformes à l'éthique que je connaisse prévoient une telle disposition.

[Texte]

The Chairman: On the following page, under zzz.4, you have set out a committee that should determine the standards in consultation with the court, or to advise the court. I notice there is no mention of a family member or members where possible. You state:

(d) a person having expertise in biomedical ethics; and

(e) a member of the public at large.

Would a member of the family not have some kind of priority in such a situation?

Mr. Kluge: With respect, senator, I have seen that problem. With respect, again, I have seen the havoc that can wreak under certain circumstances.

The Chairman: I am aware of it, too, from cases that I have heard about.

Mr. Kluge: The court will hear and of course the court will be at liberty to request — and I hope the court will request — that opinion. However, as to a consultative committee, I do not think that should be included. A consultative committee should include individuals who can act as consultants, not members of the family who would probably be heard by the judge under the circumstances.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Kluge.

The Deputy Chairman: The next group of witnesses scheduled to appear before us is from the Evangelical Fellowship of Canada, whose brief is entitled, "Walking Together in the Shadow of Death". I would ask our guests to introduce the members of their group and to go ahead with the presentation of their brief.

Mr. Bruce J. Clemenger, Director of Public Affairs, Evangelical Fellowship of Canada: Madam Chairman and senators, after making a few comments, I will introduce the people accompanying me.

The Evangelical Fellowship of Canada appreciates this opportunity to present its views on this most challenging issue.

The Evangelical Fellowship is a national association comprised of 27 denominations, as well as individual churches, church-related organizations, and individuals.

I understand that members of the committee have copies of our written submission. Rather than read the submission in total, I wish to highlight some of the major points in it. There are five parts to it. Part II identifies four guiding principles. Dr. Stanley Grenz, who is beside me, will present those principles and make some comments on them. Dr. Grenz is a professor of theology and ethics at Carey Theological College here in Vancouver.

Part III of the submission deals with the general application of the principles within the current legal context, which will be presented by Ms Janet Buckingham. Ms Buckingham is a lawyer and chair of our social action commission within the Evangelical Fellowship of Canada.

[Translation]

La présidente: À la page suivante, à l'article zzz.4, vous établissez un comité chargé de déterminer les critères en consultation avec la cour, ou de conseiller la cour. Je relève que l'on n'y mentionne aucunement un ou plusieurs membres de la famille lorsque c'est possible. Vous nous dites:

d) une personne ayant de l'expérience dans le domaine de l'éthique biomédicale;

e) un représentant du grand public.

Un membre de la famille n'a-t-il pas priorité dans un tel cas?

M. Kluge: Je vous signale respectueusement, sénateur, que j'ai déjà vu le problème se poser. Excusez-moi, mais j'ai vu les catastrophes qui peuvent survenir dans certaines circonstances.

La présidente: Je suis consciente moi aussi du problème, d'après les affaires dont j'ai entendues parler.

M. Kluge: La cour entendra l'affaire et, bien entendu, elle aura toute liberté pour demander (et j'espère qu'elle le fera) l'avis de la famille. Je ne crois pas toutefois qu'il faille l'inclure au sein du comité consultatif. Un comité consultatif doit être composé de personnes en mesure d'agir comme consultants, et non pas de membres de la famille, qui seront probablement entendus par le juge dans les circonstances.

La présidente: Merci beaucoup, docteur Kluge.

Le vice-président: Le groupe suivant de témoins qui doit comparaître ce matin est l'*Evangelical Fellowship of Canada*, dont le mémoire s'intitule: «Passer un ravin de ténèbres». Je demanderai à nos invités de nous présenter les membres de leur groupe et de passer à la présentation de leur mémoire.

M. Bruce J. Clemenger, directeur des affaires publiques, Evangelical Fellowship of Canada: Madame la présidente, mesdames et messieurs, je présenterai les personnes qui m'accompagnent après quelques mots d'introduction.

L'*Evangelical Fellowship of Canada* apprécie cette occasion qui lui est donnée d'exprimer ses vues sur cette question très ardue.

L'*Evangelical Fellowship* est une association nationale regroupant 27 dénominations, ainsi que des Églises individuelles, des organisations apparentées et des particuliers.

Je crois savoir que vous avez en mains le texte de notre mémoire. Au lieu de vous le lire dans son intégralité, je vais résumer certains points saillants. Le mémoire comprend cinq parties: La deuxième énonce quatre principes directeurs. Monsieur Stanley Grenz, qui se trouve à côté de moi, les présentera et les commentera. Monsieur Grenz est professeur de théologie et d'éthique au *Carey Theological College*, ici, à Vancouver.

La partie III du mémoire traite de l'application générale des principes dans le contexte juridique actuel, et cette partie sera présentée par Mme Janet Buckingham. Mme Buckingham est avocate et présidente de la commission d'action sociale de l'*Evangelical Fellowship of Canada*.

[Text]

Part IV of our submission discusses the implications of changing the law as it concerns vulnerable persons. Mr. Walter Lawrence will deal with that part of the report. Mr. Lawrence is a rehabilitation counsellor in the spinal injury program at the G.F. Strong Centre here in Vancouver.

Part V of the brief deals with the implications of changing the law for the health care system and for health care professionals. Presenting this part of our brief will be Dr. Edwin Hui. Dr. Hui is a medical doctor and assistant professor of medical ethics at Regent College in Vancouver.

The Evangelical Fellowship of Canada is deeply concerned about the sanctity of life, compassion for persons in need, and protection for vulnerable persons. Along with our brief we have produced a video documentary in conjunction with Crossroads Communications which is entitled, "Ending the Journey". As we leave the room today, we will give a copy to each of you. Initially, I would like to show you a clip from the video. At the end of the submission I want to show you another brief clip.

— Video presentation.

Mr. Clemenger: We will return to a portion of the video at the end of our presentation. Euthanasia and assisted suicide are complex issues which raise profound questions.

What does it mean to live in a society which affirms the dignity of life and one in which we accept a measure of responsibility for one another? How do we respond when people say that they are useless or of no value?

As a Senate committee, of particular concern are the effects of changing the current law as it relates to persons, institutions and society in general. We have entitled our submission "Walking Together in the Shadow of Death", taken from Psalm 23:4, quite a well-known portion of the scripture which states:

Though I walk through the valley of the shadow of death,
I will fear no evil; for you are with me, your rod and staff, they
comfort me.

In the bible, the rod and staff are often used as metaphors for protection afforded by law and regulations. Think of the staff of a shepherd which was used not to hurt the sheep but to protect the sheep and to keep them from danger.

With respect to the issues before this committee, when people are facing death, when they are walking in the valley of the shadow of death, will the laws and structures, the institutions of our society, cause them to fear no evil? Will they be comforted by them?

We believe that what is required is a strong and unqualified commitment to the sanctity of life by the major institutions of our society. Persons facing death do not need help in dying; they need support to live in the face of suffering. They need comfort, care and protection.

We must never cause them to question the value and dignity which is theirs by virtue of being human. We must never suggest that they should consider giving up. Our role should always be to

[Traduction]

La partie IV du mémoire aborde les répercussions sur les personnes vulnérables d'une modification de la loi. Monsieur Walter Lawrence présentera cette partie. Monsieur Lawrence est conseiller en réadaptation des traumatisés de la colonne vertébrale au Centre G.F. Strong, ici, à Vancouver.

La partie V du mémoire traite des répercussions sur le système de santé et les professionnels de la santé d'une modification de la loi. Cette partie sera présentée par le docteur Edwin Hui. Le docteur Hui est médecin et professeur adjoint d'éthique médicale au *Regent College* de Vancouver.

L'*Evangelical Fellowship of Canada* est profondément soucieux du caractère sacré de la vie, de la compassion à l'endroit des personnes dans le besoin et de la protection des personnes vulnérables. En même temps que notre mémoire, nous avons produit un documentaire vidéo, en collaboration avec *Crossroads Communications*, intitulé «*Ending the Journey*». Nous vous en laisserons une copie pour chacun de vous. Je voudrais commencer par vous montrer un court extrait de ce vidéo. À la fin de la présentation, j'aimerais projeter un autre extrait.

— Présentation vidéo.

M. Clemenger: Nous passerons un autre extrait du vidéo à la fin de notre présentation. L'euthanasie et le suicide assisté sont des sujets complexes qui suscitent de vastes interrogations.

Que cela signifie-t-il de vivre dans une société qui affirme la dignité de la vie et dont les membres se reconnaissent un degré de responsabilité les uns envers les autres? Que répondre lorsque des gens disent qu'ils sont inutiles ou sans valeur?

En tant que comité sénatorial, vous devez vous interroger sur les répercussions qu'entraînerait une modification de la loi actuelle sur les personnes, les institutions et la société en général. Nous avons intitulé notre présentation «Passer ensemble le ravin de ténèbre», titre tiré du Psaume 23.4 de la Bible:

Passerais-je un ravin de ténèbre,
je ne crains aucun mal car tu es près de moi;
ton bâton, ta houlette sont là qui me consolent.

Dans la Bible, le bâton et la houlette sont souvent une métaphore de la protection dispensée par la loi et les règlements. Songez au bâton de berger qui servait non pas à frapper les moutons mais à les protéger, à les prémunir du danger.

Pour ce qui est du sujet dont le comité est saisi, lorsque les êtres humains sont confrontés à la mort, lorsqu'ils marchent dans le ravin de ténèbre, les lois et structures, les institutions de notre société, vont-elles les rassurer? Y trouveront-ils réconfort?

Nous pensons que les grandes institutions de notre société doivent affirmer avec force et sans nuance le caractère sacré de la vie. Les personnes confrontées à la mort n'ont pas besoin d'aide pour mourir; elles ont besoin d'aide pour vivre en dépit de la souffrance. Elles ont besoin de réconfort, de soins et de protection.

Nous ne devons jamais les amener à douter de la valeur et de la dignité qui sont les leurs de par leur qualité d'être humain. Nous ne devons jamais les inciter à renoncer à la lutte. Notre rôle

[Texte]

encourage and to comfort. Our resources and our power ought to be used to enable them to live with dignity in the face of death.

Dr. Stanley Grenz, Professor of Theology and Ethics, Carey Theological College, Vancouver: Sue Rodriguez, who died on February 12, 1994, has put a human face on the question of doctor-assisted suicide and, by extension, on euthanasia.

Soon after her death an editorial appeared in *The Vancouver Sun* which offered what its author viewed as the only possible response to her situation:

It would be an abomination to conclude that some higher purpose would have been served by forcing her to suffer the slow and torturous death common to victims of Lou Gehrig's disease.

It would be easy for us to allow ourselves to be swept along by the tide of sentimentality that has arisen in the wake of this tragic event. But to do so would cloud the deeper issues that are at stake in the matter of euthanasia and doctor-assisted suicide.

The document before you speaks of four foundational principles which have been part of the Canadian moral consensus from the beginning. They are the sanctity of life, the stewardship of life, compassion for life and our communal responsibility.

As a nation, we are now faced with the decision as to whether we will continue to affirm these guiding principles, or replace them with a new focus, a new focus which would not only glorify the right of the individual to act contrary to these principles, but also provide social sanction of that supposed right. Through this public policy question, therefore, we as Canadians are reopening the debate about what kind of a society we want to be.

I believe I speak not only for evangelical Christians but for a majority of Canadians when I say that I, personally, want to live in a society which values these four principles. I believe these principles are under attack by the advocates of euthanasia and doctor-assisted suicide.

Rather than defending this contention directly, however, I would like to illustrate the situation through the lenses of the Sue Rodriguez suicide. In a November 1992 appeal to Members of Parliament in Ottawa, Ms Rodriguez declared, and I quote from the newspaper transcription of her plea,

If I cannot give consent to my own death, then whose body is this? Who owns my life?

Indeed, who does own our lives? For those imbued with the radical individualism being promoted by some in our society today the answer is obvious — I own it; I have the right to do with my life and body as I please, even deciding when I will die.

The moral tradition on which Canada was founded offers a different answer. It is that, ultimately, our lives are not our own; they belong to the one who created us and we exist for the sake of others. Consequently, not only life but even death is to be viewed as a stewardship.

[Translation]

devrait toujours être d'encourager et de consoler. Nos ressources et notre pouvoir doivent servir à leur permettre de vivre dignement face à la mort.

M. Stanley Grenz, professeur de théologie et d'éthique, Carey Theological College, Vancouver: Sue Rodriguez, qui est décédée le 12 février 1994, a donné un visage à la problématique du suicide médicalement assisté et, par extension, à l'euthanasie.

Peu après sa mort, un éditorial a paru dans le *Vancouver Sun*, dans lequel son auteur donnait ce qu'il jugeait comme la seule réaction possible à sa situation:

Ce serait une abomination que de conclure que quelque fin supérieure aurait été servie en la contraignant à souffrir la mort lente et épouvantable que connaissent souvent les victimes de la maladie de Charcot.

Il serait facile de se laisser emporter par la vague de sentimentalité qui a suivi cet événement tragique. Mais ce serait obscurcir les interrogations plus profondes que suscitent l'euthanasie et le suicide médicalement assisté.

Le document que vous avez sous les yeux énonce quatre principes fondamentaux qui font partie de tout temps du consensus moral canadien. Il s'agit du caractère sacré de la vie, de la non-propriété de la vie, de la compassion pour la vie et de notre responsabilité communale.

En tant que nation, nous avons maintenant à décider si nous allons continuer à affirmer ces principes directeurs, ou bien les remplacer par une conception nouvelle, une conception nouvelle qui non seulement glorifierait le droit de l'individu à agir contrairement à ces principes, mais accorderait aussi une sanction sociale de ce droit supposé. À travers cette question de politique publique, par conséquent, nous les Canadiens rouvrons le débat sur le type de société que nous voulons avoir.

Je pense parler non seulement au nom des chrétiens évangéliques mais aussi de la majorité des Canadiens lorsque je dis que, personnellement, je veux vivre dans une société qui maintient ces quatre principes. Je pense que ces principes sont minés par les partisans de l'euthanasie et du suicide médicalement assisté.

Plutôt que de défendre cette affirmation directement, j'aimerais illustrer la situation à travers le suicide de Sue Rodriguez. Dans l'appel qu'elle a lancé en novembre 1992 aux députés, à Ottawa, Mme Rodriguez a déclaré, et je cite le procès-verbal de son plaidoyer:

Si je ne puis consentir à ma propre mort, à qui appartient ce corps? Qui est propriétaire de ma vie?

De fait, qui est propriétaire de nos vies? Pour les adeptes de l'individualisme radical que d'aucuns professent aujourd'hui dans notre société, la réponse est évidente, je suis le propriétaire; j'ai le droit de faire de ma vie et de mon corps ce qui me plaît, et même décider du moment de ma mort.

La tradition morale sur laquelle le Canada a été fondé donne une réponse différente, à savoir que, ultimement, nos vies ne nous appartiennent pas; elles appartiennent à celui qui nous a créés et nous existons pour les autres. Par conséquent, non seulement la vie mais aussi la mort nous sont confiés en garde.

[Text]

We dare not suggest that we own our bodies and that we can do with them exactly as we please. Personal ownership of life cannot be the final court of appeal. Each of us is a steward of our life and, by extension, a steward of our death. In making life and death decisions, we can never look only to our own private wishes.

Ms Rodriguez's argument for suicide reflected another contemporary viewpoint as well, namely, the focus on personal happiness, which many in our society are now promoting. She said:

...the time will come when life is no longer joyful for me, a time when living ends and dying begins. I see no point in making this final transition.

On what basis, I ask, can we conclude that my subjective sense of happiness is the final measure of the worth of my life? The tradition on which Canada was founded, and which many diverse Canadian communities share, invokes a higher measure of life's value. Our lives are valuable insofar as they are connected with a purpose greater than our individual existence.

Therefore, our chief wish can never be, "When I decide that my life is no longer worth living, let me die." Rather, our desire should be for strength and courage to go on living so long as our lives can be of service to that higher purpose.

Many religious traditions would agree with the Christian perspective that even bearing the pain and deterioration of a terminal illness — not because society forces us to do so, but because we are people of faith — can serve a higher purpose that the editor of *The Vancouver Sun* article could not envision.

For example, to mention just one, our steadfastness in the midst of adversity can serve as an encouragement to other people who are facing tragedy, encouraging them to place their hope beyond themselves.

The issue of euthanasia and its companion, doctor-assisted suicide, raise fundamental questions for us as a nation. Do we want to become a society of autonomous individuals who make life and death decisions on the basis of their claim to be the sole owners of their bodies? Do we want to be a society in which the highest worth of a life is some nebulous, subjective sense of personal happiness; or do we want to continue to affirm the sanctity of life, the stewardship of life, the compassion for life and our communal responsibility?

The focus of your deliberations is the thorny question of dying. Indeed, how ought we to view dying? I believe that relinquishing our existence into the hands of the one who gave us life, in whose service we have lived as long as our creator willed to give us breath — this, and not the arbitrary killing of another human being, even at his or her request, based on an appeal to the sentimental slogan of "death with dignity" — is the true definition of euthanasia, which means "good death".

[Traduction]

Nous n'oserions prétendre que nos corps nous appartiennent et que nous pouvons en faire ce qui nous plaît. La propriété personnelle de la vie ne peut être la cour de dernière instance. Chacun de nous est le gardien de sa vie et, par extension, gardien de sa mort. En prenant des décisions de vie et de mort, nous ne pouvons jamais considérer que nos vœux personnels.

L'argumentation de Mme Rodriguez en faveur du suicide reflétait un autre point de vue contemporain, à savoir la prépondérance du bonheur personnel, que beaucoup dans notre société professent aujourd'hui. Elle a déclaré:

[...] le moment viendra où la vie ne m'apportera plus de joies, un moment où la vie s'arrête et l'agonie commence. Je ne vois aucune raison de passer par cette transition finale.

Sur quelle base, je vous le demande, peut-on conclure que le sentiment subjectif du bonheur est l'étalon ultime de la valeur de la vie? La tradition sur laquelle le Canada a été fondé, et que maintes communautés canadiennes diverses font leur, invoque un étalon supérieur. Notre vie est précieuse en ce sens qu'elle est rattachée à une fin supérieure à notre existence individuelle.

Par conséquent, notre souhait premier ne peut jamais être «lorsque je déciderai que ma vie ne vaut plus la peine d'être vécue, laissez-moi mourir». Au contraire, nous devons appeler de nos vœux la force et le courage de continuer à vivre aussi longtemps que notre vie peut servir cette fin supérieure.

Maintes traditions religieuses s'accordent avec la perspective chrétienne voulant que la souffrance et la détérioration d'une maladie fatale (non parce que la société nous force à les subir, mais parce que nous sommes des gens de foi) peuvent servir une fin supérieure que l'auteur de l'article du *Vancouver Sun* ne peut imaginer.

Par exemple, pour n'en mentionner qu'une, notre persévérance dans l'adversité peut encourager d'autres confrontés à une tragédie, les encourager à placer leur espoir au-delà d'eux-mêmes.

La question de l'euthanasie et son corrolaire, le suicide médicalement assisté, soulèvent pour nous, en tant que nation, des questions fondamentales. Voulons-nous devenir une société d'individus autonomes prenant des décisions de vie et de mort sur la base de leur prétention à être les seuls propriétaires de leurs corps? Voulons-nous être une société dans laquelle la valeur suprême de la vie est quelque sentiment nébuleux et subjectif de bonheur personnel; ou bien voulons-nous continuer à affirmer le caractère sacré de la vie, notre responsabilité de gardien de la vie, la compassion pour la vie et notre responsabilité communale?

Au centre de vos délibérations se trouve la question épineuse de la mort. Comment faut-il concevoir la mort? Je pense que remettre notre existence aux mains de Celui qui nous a donné la vie, au service duquel nous avons vécu aussi longtemps que le Créateur nous a fait respirer (cela, et non la mise à mort arbitraire d'un autre être humain, même à sa demande, en invoquant le slogan sentimental de la «mort digne») est la vraie définition de l'euthanasie, qui signifie «bonne mort».

[Texte]

Ms Janet Buckingham, Chairperson, Social Action Commission, Evangelical Fellowship of Canada: As you have no doubt by now perceived, our general ethos in this submission is life affirming. The slogan "death with dignity" was taken originally from palliative care, which is that branch of medicine which tries to ease the transition from life to death.

We affirm palliative care. We recognize that there are gaps in care across the country, but we would argue that this should not be a reason to put forward euthanasia or assisted suicide, but should be a time to encourage the growth and development of palliative care.

I would like to review some of the things in the Sue Rodriguez case, which is the leading case in the whole area of assisted suicide at the moment. It is a difficult case to work through.

Ms Rodriguez was a persuasive plaintiff. I believe it was difficult for Mr. Justice Sopinka to find against her because he had obvious sympathy for her plight. But we must remember that Sue Rodriguez was extraordinary. She was not the average. She is not the person to look to and say, "This is what a person with a terminal illness is like." There are many more vulnerable and weak people.

One of the things that Mr. Justice Sopinka pointed to in explaining why he did not find himself in alliance with the judges who were dissenting was that, in trying to find for Sue Rodriguez, some of the judges would have recognized a constitutional right to suicide beyond that of any country in the western world. He also stated that the apparent reason for this is that the restriction of the right to the terminally ill could not be justified under section 15.

In other words, the judges would have found a right to suicide that does not exist merely so they could find for Sue Rodriguez without carefully considering the ramifications for Canadian society. He decided himself on a basis other than section 15. In fact, he stated that he would assume that section 15 was infringed without actually deciding.

We argue that there is no positive right to commit suicide in Canada. That suicide is not proscribed does not mean that it is an enforceable right. If it were such a right, no one could legally stop or attempt to stop a suicide. In fact, there is a strong response both from the police and the medical community.

It may be that, if there is found to be a right to assisted suicide through new legislation, a right to suicide would become an enforceable right. It would be difficult to say that the terminally ill or the handicapped have a right to suicide that other people do not have. There is no right without a remedy. If a right is given to suicide, a remedy will be found in law for suicide.

The decision to decriminalize suicide in 1973 was not motivated by a change in attitude toward suicide. It was not an indication that suicide was to be condoned or considered acceptable behaviour. Rather, Parliament believed that the appropriate response to someone who had attempted to take their own life was not punishment but compassionate help.

[Translation]

Mme Janet Buckingham, présidente, Commission d'action sociale, Evangelical Fellowship of Canada: Comme vous devez maintenant vous en douter, notre position générale est l'affirmation de la vie. Le slogan «la mort digne» a été emprunté au domaine des soins palliatifs, cette branche de la médecine qui s'efforce de faciliter la transition de la vie à la mort.

Nous sommes partisans des soins palliatifs. Nous reconnaissons qu'il y a des lacunes dans ces soins à travers le pays, mais nous disons que ce n'est pas une raison de préconiser l'euthanasie ou le suicide assisté, mais plutôt d'encourager la croissance et le développement des soins palliatifs.

J'aimerais passer en revue certains des éléments de la cause Sue Rodriguez, la cause la plus éminente dans tout ce domaine du suicide assisté jusqu'à présent. C'est une cause difficile.

Mme Rodriguez était une plaignante convaincante. Je pense que le juge Sopinka a eu du mal à se prononcer contre sa demande, en raison de la pitié évidente qu'il éprouvait pour elle. Mais il ne faut pas oublier que Sue Rodriguez était un personnage extraordinaire. Elle n'était pas dans la moyenne. Elle n'était pas la personne dont on pouvait dire «Voici à quoi ressemble une personne atteinte de maladie terminale». Il y a des gens beaucoup plus vulnérables et plus faibles.

L'un des aspects que le juge Sopinka a soulignés pour expliquer pourquoi il se séparait des juges dissidents est que, en donnant raison à Sue Rodriguez, certains des juges auraient reconnu un droit constitutionnel au suicide plus large que tout ce qui existe dans aucun pays du monde occidental. Il a indiqué également que la raison apparente de cette position est que la restriction imposée au droit des malades incurables ne pouvait se justifier aux termes de l'article 15.

Autrement dit, les juges auraient établi un droit au suicide qui n'existe pas rien que pour rendre un jugement favorable à Sue Rodriguez, sans considérer soigneusement les ramifications pour la société canadienne. Lui-même a pris sa décision sur une base autre que l'article 15. De fait, il a indiqué qu'il postulait que l'article 15 était enfreint, et n'avait donc pas à se prononcer sur ce point.

Nous arguons qu'il n'existe pas de droit positif à commettre le suicide. Le fait que le suicide ne soit pas proscriit ne signifie pas qu'il s'agisse d'un droit exécutoire. En effet, si ce droit existait, nul ne pourrait légalement empêcher ou tenter d'empêcher un suicide. Or, tant la police que les médecins font tout pour cela.

Il se peut que, si le droit au suicide assisté est reconnu par une nouvelle loi, le droit au suicide simple devienne exécutoire. En effet, il serait difficile de dire que les malades ou les invalides ont un droit au suicide que les autres ne possèdent pas. Il n'y a pas de droit sans remède. Si le droit au suicide est conféré, un remède en droit sera trouvé.

La décision de 1973 de décriminaliser le suicide n'était pas motivée par un changement d'attitude à son endroit. Il ne s'agissait pas d'approuver le suicide, d'en faire un comportement acceptable. Le Parlement estimait plutôt que la réaction appropriée devant quelqu'un ayant tenté de se suicider n'était pas de le punir, mais de lui apporter une aide compatissante.

[Text]

We have such a focus on suicide because legalizing assisted suicide may open the door to further constitutional challenges on the issue of suicide. A request for euthanasia or a physician-assisted suicide can frequently be, as it is for suicide, a cry for help. In addition, the effect on family and friends of assisted suicide may be very similar to that of suicide — guilt and pain. "We failed this person." In fact, Sue Rodriguez's attendants and the palliative care people who were working with her expressed feelings of guilt and pain that she had chosen to take her own life.

Mr. Justice Sopinka further stated that adequate guidelines are difficult or impossible to develop. In Holland, it is estimated that 25,000 people per year, or 17 per cent of all the deaths, are from involuntary euthanasia. The elderly have come to be afraid to go to the hospital.

While we have section 7 of our Charter which protects security of the person, people are not secure if they are afraid to go to the hospital or if they are afraid to receive medical attention for fear their lives may be ended.

Mr. Justice Sopinka affirmed the inherent dignity of every human being. That dignity cannot be lost by infirmity or ill health.

You are no doubt aware by now in your hearings that we in Canada have a right to refuse treatment. Mr. Justice Sopinka affirmed that there is a difference between refusal of treatment and choosing death that is based on intention, whether you are intending to end life, whether you are intending to ease the pain through painkillers, or whether you are refusing treatment that you find to be a burden.

Our entire criminal law is based on intention. You must not only prove that an act has been committed, but you must prove the intention to commit that act to find someone guilty of a criminal act. Thus, Mr. Justice Sopinka found that it was quite reasonable to have this distinction based on intent.

Mr. Walter Lawrence, Rehabilitation Counsellor, Spinal Injuries Program, G.F. Strong Centre: I appreciate the difficulty that members of this committee must be going through, as well as the difficulties you have gone through over the several months that you have been at your task.

Part IV of our submission discusses our concern in regard to the changes in the law that could affect adversely vulnerable people. I will not follow what is in our written submission. I want to tell you a little bit about my life and reflect upon what the possible changes in the law could have on it.

In 1968, I was an 18-year old. Kelowna had offered to pay a couple of years of my university if I played a year of junior hockey for them. For me, being from Dawson Creek, it was like Peewee going to the big town of Kelowna. I was excited about it.

I was a diver. So, one morning, I went diving off a 10-metre board alongside the lake. I was having great fun. I was walking

[Traduction]

Nous insistons tellement sur le suicide parce que le suicide médicalement assisté pourrait ouvrir la porte à d'autres contestations constitutionnelles sur ce sujet. Une demande d'euthanasie ou de suicide médicalement assisté peut fréquemment représenter, comme dans le cas du suicide, un appel au secours. En outre, les effets du suicide assisté sur la famille et les amis peuvent être très similaires à ceux du suicide, culpabilité et douleur. «Nous avons manqué à cette personne». De fait, les soignants de Sue Rodriguez ont exprimé des sentiments de culpabilité et de douleur devant le fait qu'elle ait choisi de s'ôter la vie.

Le juge Sopinka a indiqué en outre que des lignes directrices adéquates seraient difficiles ou impossibles à mettre en place. En Hollande, on estime que 25 000 personnes par an, soit 17 p. 100 de tous les décédés, meurent d'euthanasie involontaire. Les personnes âgées commencent à craindre d'entrer à l'hôpital.

L'article 7 de la Charte protège la sécurité de la personne, mais les gens ne seront pas en sécurité s'ils doivent avoir peur d'aller à l'hôpital ou de recevoir des soins médicaux, de crainte qu'on ne mette fin à leur vie.

Le juge Sopinka a affirmé la dignité inhérente de chaque être humain. Cette dignité ne peut être dissoute par l'infirmité ou la maladie.

Vous savez sans doute que le droit du refus de traitement existe au Canada. Le juge Sopinka a affirmé qu'il existe une différence entre le refus de traitement et le choix intentionnel de la mort, que le choix soit de mettre fin à la vie, de soulager la souffrance au moyen d'analgésiques, ou de refuser un traitement que l'on juge être un fardeau.

Tout notre droit pénal est basé sur l'intention. Il faut non seulement prouver qu'un acte a été commis, mais aussi prouver qu'il l'a été intentionnellement, pour rendre un verdict de culpabilité. C'est pourquoi le juge Sopinka a jugé tout à fait raisonnable d'établir cette distinction fondée sur l'intention.

M. Walter Lawrence, conseiller en réadaptation, Programme des traumatismes de la colonne vertébrale, G.F. Strong Centre: Je comprends le cas de conscience qui doit se poser aux membres du comité, et la rigueur de la tâche que vous accomplissez depuis plusieurs mois.

La partie IV de notre mémoire traite de nos préoccupations quant aux répercussions qu'une modification de la loi pourrait exercer sur les personnes vulnérables. Je ne suivrai pas le texte écrit. Je voudrais vous parler un peu de ma vie et des effets qu'une modification de la loi pourrait entraîner sur elle.

J'avais 18 ans en 1968. Kelowna avait offert de payer quelques-unes de mes années d'université si je jouais pendant un an dans son équipe de hockey junior. Pour moi, venant de Dawson Creek, c'était comme un Peewee en excursion dans la grande ville de Kelowna. J'étais fébrile.

J'étais plongeur. Donc, un matin, je suis allé plonger du haut d'un plongoir de dix mètres sur le lac. Je m'amusais beaucoup.

[Texte]

back to practice and thought I would go in for a quick dip off a three-foot ledge. I went in and broke my neck.

It turned my life around 180 degrees. My life as a teenager and as a young person was probably pretty typical. It revolved around my physical ability, my body. Everything revolved around what I could do as a physical person.

Bingo. I hit the bottom. I was paralysed from the neck down and was totally ventilator-dependent. At that time, life for me did not hold much promise at all.

I was on a ventilator. I could not move. Everything which I thought meant absolutely anything to me was gone — absolutely gone. I questioned life. I asked myself, "Why do I want to go on? What is the value of life? I have lost absolutely everything."

It was at that time that I received enormous support from family, friends and the medical society. I literally hit the bottom. Life was a deep, dark pit. It meant absolutely nothing to me at that time. Everything that had meant anything to me was gone.

I wondered about why I would even want to carry on in life. It was at that time that a lot of people said to me, "Sure, what you valued, Walt, was your physical attributes and what you could contribute in that way." I think it is inherent in all of us to be able to contribute, to give to one another. What we so often do is frame the way we can contribute in a small way, and that is it. Once it is gone we feel there is no contribution to be given.

It was at that time — and, believe me, I talked about it a lot to a lot of people — these people could have said, "Well, yeah, Walt, your life really is of no value, so why don't we help you and assist you toward your desire to end your life?" They did not do that. Thank God, they did not.

What they did was they tried to show me the value that was in my life, even though I could not see it and even though I could not move. At that time, I would have traded my life for anything. I was ready to give it up. From my perspective it was a pretty impoverished life.

In looking back, I see my need to be able to give, to contribute. It is an inherent need in all of us. I could not see how I could do that.

People helped me back up again, literally. They helped me to refocus, to see that I could be of value and contribute again. It is different, certainly, from what I had grown up to believe I could do, but it was huge. It was a huge task for me to be able to reframe my life. It took a long time for me to see that, indeed, there was some value to it.

I went from a position of wanting to trade my life for absolutely anybody's to a position where I now would not trade my life for anybody's. I certainly cannot walk again. I cannot play hockey. The only reason I wanted to live was to be able to walk, and to fly, since I was pursuing a commercial pilot's licence at that time. I cannot do that. But life is rich for me now.

[Translation]

Je rentrais à pied pour l'entraînement et j'ai décidé de piquer une tête dans l'eau du haut d'un rocher de trois mètres. J'ai plongé et me suis cassé le cou.

Cela a changé ma vie radicalement. J'étais sans doute un adolescent typique. Ma vie tournait autour de mon corps, de ma capacité physique. Tout tournait autour de ce que je pouvais faire physiquement.

Bingo. J'ai touché le fond. J'étais paralysé à partir du cou et totalement dépendant du respirateur. À ce moment-là, la vie ne me paraissait guère prometteuse.

J'étais branché sur un respirateur. Je ne pouvais pas bouger. Ce qui comptait pour moi était parti, absolument disparu. Je doutais de la vie. Je me demandais «Pourquoi continuer à vivre? Quelle est la valeur de la vie? J'ai absolument tout perdu».

J'ai bénéficié à ce moment-là d'un soutien énorme de ma famille, de mes amis et des médecins. J'ai littéralement touché le fond. La vie n'était qu'un puits profond et noir. Elle ne signifiait absolument plus rien pour moi. Tout ce à quoi je tenais était parti.

Je me suis demandé à quoi bon continuer à vivre. C'est à ce moment-là que beaucoup de gens m'ont dit «Ce que tu appréciais, Walt, c'étaient tes attributs physiques et ce que tu pouvais contribuer de cette façon». Je pense qu'il est inhérent à tous de vouloir contribuer, de donner à autrui. Mais trop souvent nous concevons cette contribution de façon étroite, nous ne voyons rien d'autre. Une fois que cette capacité est partie, nous ne voyons plus de contribution à faire.

C'est à cette époque (et croyez-moi, j'en ai parlé à beaucoup de gens) ces gens auraient pu répondre «Oui, Walt, ta vie ne vaut plus rien, nous allons t'aider, exaucer ton désir de mettre fin à ta vie». Ils ne l'ont pas fait. Dieu merci, ils ne l'ont pas fait.

Ce qu'ils ont fait a été d'essayer de me montrer la valeur de ma vie, même si je ne pouvais pas la voir et même si je ne pouvais pas bouger. À cette époque, j'aurais donné ma vie contre n'importe quoi. J'étais prêt à renoncer. Selon mon optique, c'était une vie de rien du tout.

Rétrospectivement, je perçois mon besoin de pouvoir donner, de contribuer. C'est un besoin inhérent à nous tous. Je ne voyais pas comment je pouvais encore contribuer.

Mon entourage m'a remis sur pieds, littéralement. Ils m'ont aidé à recentrer ma perception, à voir que je pouvais présenter une valeur et contribuer de nouveau. C'était certes différent de ce que j'avais rêvé en grandissant, mais c'était énorme. Cela a été une tâche énorme pour moi que de reconstruire ma vie. Il m'a fallu longtemps pour voir que, effectivement, elle avait quelque valeur.

Je suis passé du stade où j'aurais échangé ma vie contre celle de n'importe qui à celui d'aujourd'hui où je ne l'échangerais contre celle de personne. Certes, je ne peux marcher. Je ne peux jouer au hockey. La seule raison pour laquelle je voulais vivre était de pouvoir marcher, et de voler, puisque je visais une licence de pilote commercial à cette époque. Je ne peux faire cela. Mais ma vie est riche aujourd'hui.

[Text]

If someone had told me 25 years ago, "Walt, your life will be valuable and rich," I would have said, "What kind of drugs are you on?" But it is rich.

I am so pleased that people assisted me back up, rather than affirming that, "Yeah, your life is worthless. Why go on?" That is our choice. Everybody's choice in life is as to whether we assist someone to meet their feeling of worthlessness, of low self-esteem. Do we want to affirm that; or do we want to affirm their value in life, their way of being able to be a contributor?

What I realize is that we are all a piece of the puzzle. If we are not there, then the puzzle is not complete. If someone had told me that 25 years ago, I would have thought, "I'm no part of the puzzle. Throw me away."

That is all I really want to say. That is my life. What I see in rehab is that 90 per cent of all high lesion spinal cord injured persons, like myself, want to commit suicide. They contemplate it intensely. They cannot do it, generally, by themselves because they cannot move too well. They would need assistance to do it. They go through great pains to try to achieve the need that they see.

After five years of living with a spinal cord injury, 5 per cent contemplate committing suicide. I believe that is probably less than the nation's average. It is a drastic turnaround, but if we were to help them achieve their desire after one year, it would be sad.

Your committee has a terrific chore in front of it. Its implications run through the fibre of our society. I thank you for giving me this opportunity to be heard.

Dr. Edwin Hui, Medical Doctor, Assistant Professor of Medical Ethics, Regent College, Vancouver: I will confine my remarks to the medical aspects of this presentation. I would like to make three points. Even though these points are inspired by a Christian tradition, I believe they are shared by non-Christians as well.

In my presentation I combine euthanasia and assisted suicide into the same category. It is often justified because, supposedly, it will cut short the otherwise immense suffering of patients in their terminal illness. However, two points must be noted.

First, it has been shown that the underutilization and improper administration of drugs is the most important reason for failure to control pain and suffering. Based on extensive studies, the American College of Physicians has reported that proper medication will protect most, if not all, terminally ill patients from pain and from the fear of their pain recurring.

Second, palliative care is much more sensitive to the environmental, emotional and spiritual needs of patients. By environmental I mean, for example, providing the warmth of a home. Emotional needs refer to the care and compassion of loved ones. Spiritual needs refer to friendship with people and with God.

[Traduction]

Si quelqu'un m'avait dit il y a 25 ans: «Walt, ta vie sera précieuse et riche», je lui aurais demandé: «Quelle sorte de drogue as-tu prise pour parler ainsi»? Mais elle est riche.

Je suis tellement heureux que l'on m'ait aidé à me ressaisir, au lieu de dire: «Oui, ta vie ne vaut rien. Pourquoi continuer»? C'est notre choix. Tout le monde a le choix d'aider quelqu'un à surmonter son sentiment d'inutilité, de perte d'estime de soi. Voulons-nous affirmer cela, ou bien affirmer la valeur de la vie, les autres façons de contribuer?

Je me rends compte que nous sommes tous une pièce du tout. Si nous ne sommes pas là, le tout n'est pas complet. Si quelqu'un m'avait dit cela il y a 25 ans, j'aurais pensé: «Je ne fais partie de rien, jette-moi».

C'est tout ce que je voulais dire. Voici ma vie. Ce que je vois en réadaptation, c'est que 90 p. 100 de tous les grands traumatisés de la colonne vertébrale, comme moi, veulent se tuer. En général, ils ne peuvent pas le faire par eux-mêmes à cause de leur mobilité réduite. Ils auraient besoin d'assistance pour cela. Ils imaginent toutes sortes de procédés pour satisfaire ce besoin qu'ils ressentent.

Après cinq années, seuls 5 p. 100 envisagent le suicide. Je pense que c'est probablement moins que la moyenne nationale. C'est un changement radical et si on les aidait à réaliser leur désir après un an, ce serait triste.

Votre comité est devant une lourde tâche qui met en jeu jusqu'à la trame de notre société. Je vous remercie de cette occasion de m'exprimer.

Le docteur Edwin Hui, médecin, professeur adjoint d'éthique médicale, Regent College, Vancouver: Je vais me restreindre à l'aspect médical. Je veux dire trois choses. Bien que ces trois choses soient inspirées par la tradition chrétienne, je pense qu'elles rallient également l'assentiment des non-chrétiens.

Dans mon exposé, je vais regrouper l'euthanasie et le suicide assisté dans la même catégorie. C'est souvent justifié car, censément, il s'agit d'abrégé ce qui serait autrement l'immense souffrance des patients arrivés au stade terminal. Cependant, deux choses doivent être signalées.

Premièrement, il est prouvé que la sous-utilisation et l'administration inappropriée de médicaments sont la raison la plus importante de l'absence de contrôle de la douleur et de la souffrance. L'*American College of Physicians* a conclu, sur la foi d'études poussées, qu'une médication appropriée protège la plupart, sinon tous, des patients en phase terminale de la douleur et de la crainte de voir la douleur revenir.

Deuxièmement, les soins palliatifs sont beaucoup plus attentifs aux besoins environnementaux, émotionnels et spirituels des patients. Par besoins environnementaux j'entends, par exemple, la chaleur d'un foyer. Les besoins émotionnels sont le soin et la compassion de proches. Les besoins spirituels sont l'amitié avec les gens et avec Dieu.

[Texte]

All these have been proven to greatly reduce tension, fear and anxiety in regard to anyone's terminal illness. I believe that this country needs to spend more money to develop palliative care. The medical community needs to learn that where we cannot cure we must continue to deliver care.

The legalization of euthanasia discourages this. In countries such as the Netherlands where euthanasia is permitted, palliative care has been shown to be substandard.

Pharmaceutical companies should be encouraged to improve drugs, resources and technology on pain reduction and palliative care. The legalization of euthanasia will direct the pharmaceutical companies to spend their research and development resources to develop better human killers instead of painkillers.

I would like to address the assumption that requests for euthanasia are rational. This is often referred to as the so-called "rational suicide". Literature in the psychiatric and counselling field clearly shows that there is a strong correlation between suicide and depressive illnesses in patients both with or without terminal illnesses.

One can reasonably assert that all suicide desires are associated with some forms of affective and emotional instability and disability. The problem really lies in the fact that physicians and other health care providers often fail to recognize the despair and the depression in those who have terminal illnesses.

Clinical competence, or rather the lack of it, and the lack of time to spend with patients are the two main reasons for this clinical misjudgment. We agree with Pope John Paul II that pleas to be put to death "are always anguished pleas for help and love".

We need to devote far more effort in this area of research and train a lot more personnel to care for the emotional side of patients suffering with terminal illness.

Pharmaceutical and palliative care research show that the legalization of euthanasia is another step to discourage this country to improve on the mental health care of the terminally ill and to provide the emotional support even in the final phase of their lives.

I turn now to the last issue I want to address. It is the effect of legalized suicide on the physician and patient relationship. First, let me turn to the physician side of this relationship.

Since the time of Hippocrates the precept "doctors must not kill" has been around. It is not just an ancient precept. It has served for more than 2,000 years as a moral absolute. It serves one purpose, that is, to enable physicians to do no harm, and then to devote themselves single-mindedly to helping patients. This is the only basis for the medical profession to be called "a moral vocation".

To participate willingly in medical killing is a form of self-moral castration. A physician should never intentionally cause death. Neither legal nor societal tolerance can ever make killing

[Translation]

Il est prouvé que tous ces éléments réduisent grandement la tension, la peur et l'angoisse face à la mort. Je pense que notre pays doit dépenser beaucoup plus pour développer les soins palliatifs. Les médecins doivent apprendre que, lorsqu'ils ne peuvent guérir, ils doivent continuer à soigner.

La légalisation de l'euthanasie décourage cela. Dans les pays comme les Pays-Bas où l'euthanasie est autorisée, les soins palliatifs sont de qualité inférieure, c'est un fait avéré.

Il faut encourager les compagnies pharmaceutiques à améliorer les médicaments, les ressources et la technologie de lutte contre la douleur et les soins palliatifs. La légalisation de l'euthanasie donnera le signal aux compagnies pharmaceutiques de consacrer leurs fonds de recherche et développement à la recherche de meilleures substances pour tuer, au lieu d'analgésiques.

Je veux parler du postulat voulant que les demandes d'euthanasie soient rationnelles. C'est ce que l'on qualifie souvent de «suicide rationnel». La littérature psychiatrique et psychologique établit clairement qu'il y a une forte corrélation entre le suicide et les maladies dépressives des patients, tant ceux atteints de maladie incurable que les autres.

On peut raisonnablement affirmer que toutes les demandes de suicide sont associées à quelque forme d'instabilité et d'efficiencia affective et émotionnelle. Le problème est en fait que les médecins et autres soignants ne reconnaissent souvent pas le désespoir et la dépression chez les malades atteints de maladie incurable.

La compétence clinique ou plutôt son absence, ainsi que le manque de temps à passer avec les patients, sont les deux principales raisons de cette erreur d'appréciation clinique. Nous sommes d'accord avec le pape Jean-Paul II pour dire que les demandes de mise à mort «sont toujours des appels au secours et d'amour angoissés».

Il faut faire beaucoup plus pour la recherche dans ce domaine et former beaucoup plus de soignants à s'occuper des besoins émotionnels des patients atteints de maladie terminale.

La recherche pharmaceutique et dans le domaine des soins palliatifs montre que la légalisation de l'euthanasie ne ferait que décourager notre pays à améliorer les soins mentaux des malades terminaux et de fournir le soutien émotionnel dont ils ont besoin même dans cette phase finale de leur vie.

Je vais maintenant aborder le dernier sujet que je veux traiter. Il s'agit de l'effet de la légalisation du suicide sur les relations entre médecins et patients. Voyons d'abord le médecin.

Le précepte «Les médecins ne doivent pas tuer» vaut depuis Hippocrate. Ce n'est pas simplement un précepte ancien. C'est un impératif moral absolu depuis plus de 2 000 ans. Il a un but, celui de permettre aux médecins de ne faire nul mal et de se consacrer sans restriction aux soins des patients. C'est la seule base qui permette de qualifier la profession médicale de «vocation morale».

Le fait de participer sciemment à un meurtre médical est une forme d'autocastration morale. Un médecin ne devrait jamais intentionnellement causer la mort. Ni la tolérance juridique, ni la

[Text]

medically ethical, simply because it violates the intrinsic nature and the deepest meaning of the medical vocation.

I want to emphasize the patient side of this patient-physician relationship and how legalizing euthanasia would impact negatively on it. The importance of trust in a physician and patient relationship cannot be overemphasized. The physician-patient relationship is one of the most peculiar forms of human relationships and interactions, especially in this modern, technocratic society where there is never enough time and space for a truly personal relationship to be established.

Yet, patients, you and I included, oftentimes find themselves having not only to strip naked for physical examinations but, in the event of a serious or terminal illness, to expose our hearts and our souls, to entrust our lives and our destinies to a total stranger.

Three things have changed medicine drastically in this century. First, there is what I call urbanization. The country's population is by and large urbanized. We have all become city dwellers. In a city, people are mobile. There is a rapid turnover. We live among strangers and are strangers to each other all the time.

Second, the advancement of medical technology, which is enormous and excessive, I think, puts an ever-increasing, although invisible, distance between the health provider and the patient.

Third, there is the bureaucratization and the institutionalization of medicine.

These three things add up to one thing: an almost total depersonalization of this otherwise intimate physician-patient relationship.

Today, if any one of us is unfortunate enough to be stricken by a serious, perhaps terminal, illness, we must walk into the B.C. Cancer Agency, for example, or similar agencies or a large general hospital — into a world of absolutely frightening unknowns. We do so not knowing what has happened to our own body, and not knowing anything about the physician who will decide what will happen to our body. The only surviving known factor in the whole institution of medicine, and it is a barely surviving one, is that the doctor is supposed to heal and to restore health and well-being. He will do everything within his or her power and means to help. He will never do anything injurious. That is the only surviving known factor for anyone today.

When euthanasia is legalized, when patients suddenly realize their doctors are licensed and are prepared either to heal them or to kill them, even at their request, that last trust factor will be gone forever. The legalization of euthanasia would damage medicine as a social institution beyond repair.

Therefore, I appeal to you ladies and gentlemen, do not legalize euthanasia. If you do, do me a favour, let a priest or rabbi do it, let

[Traduction]

tolérance sociale ne pourront jamais rendre le fait de tuer médicalement moral, simplement parce que c'est violer la nature intrinsèque et la signification la plus profonde de la vocation médicale.

Je veux mettre l'accent sur le patient dans cette relation patient-médecin et faire ressortir les conséquences négatives d'une légalisation de l'euthanasie. On ne dira jamais assez combien la confiance entre le médecin et le patient est importante. La relation médecin-patient est l'une des formes les plus étranges des relations et interactions entre les hommes, particulièrement dans cette société technocratique moderne où il n'y a jamais assez de temps et de place pour qu'une relation véritablement personnelle puisse s'instaurer.

Or, le patient, vous et moi, se retrouve non seulement à devoir mettre à nu son corps pour un examen physique, mais aussi, en cas de maladie grave, mettre à nu son cœur et son âme, confier sa vie et son destin à une personne totalement étrangère.

Trois choses ont changé radicalement la médecine au cours de ce siècle. Premièrement, ce que j'appellerais l'urbanisation. La population du pays est devenue essentiellement urbaine. Nous sommes tous des habitants des villes. Dans une ville, les gens sont mobiles. Il y a un renouvellement constant, si bien que nous vivons parmi des étrangers et que nous sommes étrangers les uns aux autres.

Deuxièmement, l'avancée de la technologie médicale, qui est énorme et excessive à mon sens, impose une distance toujours croissante, bien qu'invisible, entre le soignant et le soigné.

Troisièmement, il y a la bureaucratisation et l'institutionnalisation de la médecine.

Ces trois éléments se conjuguent pour produire une dépersonnalisation presque totale de la relation médecin-patient, qui est par ailleurs intime.

Aujourd'hui, si l'un d'entre nous a le malheur d'être frappé d'une maladie grave, peut-être incurable, nous devons nous rendre à la B.C. Cancer Agency, par exemple, ou des organismes similaires ou un grand hôpital, dans un monde effrayant à force d'inconnu. Nous le faisons sans savoir ce qui est arrivé à notre corps, et sans rien savoir du médecin qui va décider de ce qu'il adviendra de ce corps. Le seul facteur encore connu dans toute cette institution de la médecine, et qui survit à peine, est que le médecin est censé guérir et rétablir la santé et le bien-être. Il va tout faire en son pouvoir et veut aider. Il ne fera jamais rien de mal. C'est le seul facteur connu qui survive encore aujourd'hui.

Si l'on légalise l'euthanasie, lorsque les patients vont soudain réaliser que leurs médecins ont licence de soit les guérir soit de les tuer, et sont prêts à le faire, même à leur propre demande, ce dernier facteur de confiance sera perdu à jamais. La légalisation de l'euthanasie mettrait à mal, sans possibilité de retour en arrière, la médecine en tant qu'institution sociale.

Par conséquent, mesdames et messieurs, je vous exhorte à ne pas légaliser l'euthanasie. Si vous le faites, faites-moi une faveur,

[Texte]

anyone but a physician do it. If physicians are to do it, you will be destroying medicine.

Mr. Clemenger: In summary, our concern is that the legalization of assisted suicide and euthanasia will undermine the life-affirming ethos which currently shapes our legal system and our institutions in Canada. We want to end our submission with another clip from the video.

— Video Presentation

Senator Perrault: Madam Chairman, as a member of this committee, I found that to be powerful testimony from an organization which represents a substantial and respected cross-section of the Canadian population.

Dr. Hui, you suggested that medical science can greatly reduce pain in those people suffering terminal agonies. How far have we pushed back that boundary? Can you eliminate 90 per cent or 98 per cent of the pain? How is medical science doing?

Dr. Hui: I think medical science has the capability of eliminating 99 per cent or more. I was trained in the area of pharmacology and hold a Ph.D. It is the care with which you deliver that pharmaceutical and medical knowledge that is important.

Senator Perrault: With respect to three great figures in history in the past 20 years — Brezhnev, Franco and Tito — it was alleged that their lives were sustained by pushing to the outermost boundaries of medical science when in fact they were just vegetables and would have died in the normal course of events. Is there a fine point you would like to suggest whereby you reduce medication or you let the natural process usher a patient out of this life?

Dr. Hui: I consider that proper medication allows the patient to die a natural death. I agree with you that many medical technologies extend unnecessarily the dying process. That does not mean that we need to foreclose and cut short all life.

My whole presentation is based on the premise that the advance of medicine is in the wrong direction. We have developed extremely elaborate technologies to cure illness. More resources ought to be spent in providing care. The medical community and society at large have failed to learn or recapture the caring dimension in medicine.

Senator Perrault: You suggest that the subject of palliative care is not being dealt with adequately for students in medical schools, that there should be more emphasis on palliative care.

Dr. Hui: There is not one single resident program in palliative care in Canada.

Senator Perrault: It was said in testimony that palliative care is, perhaps, made available unevenly across the country. Are members of the Evangelical Fellowship involved in palliative care programs generally? Are all the churches involved, or just

[Translation]

que ce soit un prêtre ou un rabbin qui la pratique, n'importe qui sauf un médecin. Si les médecins doivent le faire, vous allez détruire la médecine.

M. Clemenger: En résumé, notre crainte est que la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie ne sape l'éthique d'affirmation de la vie qui façonne actuellement notre système juridique et nos institutions canadiennes. Nous allons clore notre présentation avec un autre extrait du vidéo.

— Présentation vidéo

Le sénateur Perrault: Madame la présidente, en tant que membre de ce comité, je trouve que nous avons entendu là un témoignage impressionnant émanant de cette organisation qui représente une portion substantielle et respectée de la population canadienne.

Docteur Hui, vous avez indiqué que la science médicale peut grandement réduire la souffrance des agonisants. Jusqu'où avons-nous fait reculer cette frontière? Peut-on éliminer 90 p. 100 ou 98 p. 100 de la douleur? Que peut faire la médecine?

Le docteur Hui: Je pense que la médecine peut éliminer 99 p. 100 ou plus. J'ai une formation en pharmacologie et un doctorat. C'est le soin avec lequel on met en pratique cette connaissance pharmaceutique et médicale qui compte.

Le sénateur Perrault: On a allégué que l'on a prolongé la vie de trois grands personnages de l'histoire des 20 dernières années (Breznev, Franco et Tito) en repoussant à leur extrême limite les bornes de la science médicale, à tel point que ces hommes n'étaient que des légumes et seraient décédés bien plus tôt dans le cours normal des choses. Y a-t-il un moment précis où il faudrait réduire les traitements ou bien laisser la nature mettre fin à la vie d'un patient?

Le docteur Hui: Je considère qu'un traitement approprié permet au patient de mourir de mort naturelle. Je conviens avec vous que nombre de techniques médicales prolongent inutilement l'agonie. Cela ne signifie pas qu'il faille prendre les devants et raccourcir toute vie.

Tout mon exposé est fondé sur la prémisse que l'évolution de la médecine se fait dans une mauvaise direction. Nous avons mis au point des techniques extrêmement sophistiquées pour guérir les maladies. Il faudrait consacrer davantage de ressources à l'administration de soins. La communauté médicale et la société dans son ensemble n'ont pas su garder ou retrouver la dimension compassionnelle de la médecine.

Le sénateur Perrault: Vous dites que les étudiants en médecine ne reçoivent pas une formation suffisante en soins palliatifs, qu'il faudrait mettre davantage l'accent sur les soins palliatifs.

Le docteur Hui: Il n'y a pas un seul programme d'internat en soins palliatifs au Canada.

Le sénateur Perrault: Les témoins nous ont dit que les soins palliatifs sont inégalement disponibles à travers le pays. Est-ce que des membres de l'*Evangelical Fellowship* sont actifs dans des programmes de soins palliatifs, de façon générale? Est-ce que

[Text]

some of them? If so, where are the great gaps that you see in palliative care that need to be filled?

Dr. Hui: I do not have all the statistics. I can say that the Christian churches have not made as much effort as we should in providing that sort of care. As a whole, Canada as a society has not done enough in terms of proper coordination and organization. In other words, some people say that palliative care is not part of medicine. There needs to be a fundamental change in that sort of attitude. Palliative care is very much part of medicine, both in terms of the palliation as well as the care.

You just need look at our hospitals and other institutions to see that all our medicine is geared to those high tech, high power transplants, intensive care and so on. They are all technologized in terms of promoting cure. When cure cannot be delivered, medicine considers that the end of their mission. That is not so. That has never been the true ethos of medicine, Christian or otherwise.

Senator Perrault: In summary, you reject doctor-assisted suicide or euthanasia, however it is described, and there are many descriptive terms. You suggest to us that we should recommend a major enhancement of palliative care programs.

Dr. Hui: Yes, I do. I not only criticize euthanasia I do not believe that medicine in Canada, or anywhere, has fully utilized its potential.

Senator Lucier: I agree with Senator Perrault, this is a powerful presentation.

Dr. Hui, I am glad you made the case that palliative care in Canada is much below the standards that it should be and that doctors are not trained properly in terms of pain control. I think that is what you are saying, although you did start out by saying that palliative care in the Netherlands is substandard. I believe that to be the case, and, unfortunately, it is here as well.

Dr. Hui: Yes, that is true.

Senator Lucier: We have been told by proponents of assisted suicide that palliative care and assisted suicide are not at odds in many cases. They very often feel — and I am not asking you to believe this — that the two go hand in hand.

You very strenuously made the point that doctors must not kill. How do you square that with abortion and palliative care overdoses, where doctors do give overdoses that they know will end the patient's life? As another example, and I do not know if it is valid or not, when doctors separate Siamese twins, one will live, one will die. In a roundabout way they are doing exactly what you say doctors must never do. They are doing it every day now. How do the two positions square themselves in your mind?

We all share the concerns of the slippery slope and the pitfalls of assisted suicide and where it may lead. Surely we can come up with some safeguards that will offer some protection. However, there are some people who have come to the end of the line, they have run their race, they are in a serious condition, they do not

[Traduction]

toutes les Églises y participent, ou bien seulement certaines d'entre elles? Si oui, quelles sont les grandes lacunes des soins palliatifs qu'il faudrait combler?

Le docteur Hui: Je n'ai pas toutes les statistiques. Je peux dire que les Églises chrétiennes n'ont pas fait autant d'efforts qu'il aurait fallu pour apporter ce genre de soins. Dans l'ensemble, le Canada n'a pas suffisamment fait sur le plan de la coordination et de l'organisation. En d'autres termes, certains disent que les soins palliatifs ne font pas partie de la médecine. Il faut modifier radicalement ce genre d'attitude. Les soins palliatifs sont partie intégrante de la médecine, tant sur le plan de la palliation que des soins.

Il suffit de regarder ce qui se passe dans nos hôpitaux et autres établissements pour voir que toute la médecine est axée sur les interventions lourdes, les greffes, les soins intensifs, et cetera. Tout cela est de la haute technologie destinée à guérir. Lorsque la guérison n'est pas possible, la médecine considère que sa mission a pris fin. Cela n'est pas vrai. Cela n'a jamais été la véritable éthique médicale, chrétienne ou autre.

Le sénateur Perrault: En résumé, vous rejetez le suicide médicalement assisté ou l'euthanasie, quel que soit le terme employé, et on en rencontre beaucoup. Vous nous préconisez de recommander un effort majeur au niveau des programmes de soins palliatifs.

Le docteur Hui: Oui. Je ne critique pas seulement l'euthanasie, mais je pense que la médecine au Canada, ou ailleurs, n'a pas pleinement utilisé le potentiel des soins palliatifs.

Le sénateur Lucier: Je suis d'accord avec le sénateur Perrault, l'exposé que nous avons entendu est impressionnant.

Docteur Hui, je suis heureux que vous ayez fait ressortir l'insuffisance des soins palliatifs au Canada et le manque de formation des médecins en matière de contrôle de la douleur. Je pense que c'est votre avis, bien que vous ayez commencé par dire que les soins palliatifs aux Pays-Bas sont de qualité inférieure. Malheureusement, je crois qu'il en est de même chez nous.

Le docteur Hui: Oui, c'est vrai.

Le sénateur Lucier: Les partisans du suicide assisté nous ont dit que les soins palliatifs et le suicide assisté ne sont pas contradictoires dans bien des cas. Ils jugent que très souvent (et je ne vous demande pas de le croire) les deux vont de pair.

Vous avez longuement insisté sur le fait que les médecins ne doivent pas tuer. Comment conciliez-vous cela avec l'avortement et les surdoses de médicaments que les médecins administrent tout en sachant qu'ils vont faire trépasser le patient? Un autre exemple, et je ne sais pas s'il est judicieux ou non, ce sont les opérations de séparation de jumeaux siamois, où l'un vivra et l'autre mourra. Cela revient à faire exactement ce que les médecins ne doivent jamais faire, selon vous. Ils le font aujourd'hui tous les jours. Comment conciliez-vous ces deux positions dans votre esprit?

Nous partageons tous la crainte de la pente glissante et des pièges du suicide assisté, et tout ce qui peut en résulter. Il me semble que nous devrions pouvoir établir des garde-fous offrant une certaine protection. Il y a des gens qui sont au bout du rouleau, qui ont achevé leur course, qui sont dans un état

[Texte]

ant to go through the extra week or day or whatever that some people seem to think they should go through. What benefit is it to keep those people alive against their will for another week, another hour, another day?

We are talking about a very narrow window. I am not talking about Walt's situation. I am not talking about the situation where someone will be living for a period of time. I am talking about the person who has a very short and miserable period of time left. Who benefits if you keep that person alive against their will?

Dr. Hui: You have asked four questions, senator, and I am trying hard to remember them all. I will answer the last one which deals with going against the will of a terminally ill patient who seems to believe that he or she has lived out his life in full and does not care to live out the rest of the week or so in misery. I am most sympathetic to those patients. I myself have quite a few of them. In such cases, I think he or she should be persuaded to consider the common good that Dr. Grenz has addressed.

In other words, I think we ought to learn that even though a week of misery or suffering is costly to oneself, the concern is how it would impact on other people if I have the ability to choose my own death.

In terms of slippery slope arguments, one must realize that you have no guarantee whatsoever that you can always identify that small number of patients who, let us say for lack of a better term, deserve euthanasia. I need only take you to a nursing home to show you what that means. The so-called standard of care that we promise to deliver to the elderly people in a nursing home, who are vulnerable and unable to take care of themselves, has never been delivered.

When, and if, you legalize and put in place a situation in which you can choose euthanasia, the burden is on you and then, later on, the medical community. I will continue to hold to my position that doctors should never kill. I do not believe that doctors should abort, which takes care of your question concerning abortion.

In terms of using increasingly high medication, which is termed overdose, two things would solve the problem. First, the most important issue is the intent. When I use an increasing dosage of morphine to relieve my patients of suffering and pain, I never intend to kill. I intend to cut down their suffering. As an inevitable and unavoidable side effect of that dosage of medicine, that patient's life being shortened does not amount to euthanasia or suicide.

The same argument applies to the resection or surgical division of Siamese twins. The intent has always been that no effort will be spared to save both lives. Unfortunately, if one cannot survive, when we have done our best. Therefore, I am not going against my premise that doctors should never kill.

Ms Buckingham: I should like to briefly address the issue of safeguards. Legislation is no longer guaranteed not to lead to a legal slippery slope. Under section 15 of the Charter, it would be possible for some person in the situation that Walt was in, a spinal cord injury victim, to go to court and say, "You are

[Translation]

désespéré, qui ne veulent plus attendre la semaine de plus, ou le jour de plus que certains voudraient leur faire endurer. Quel avantage y a-t-il à garder ces gens en vie contre leur volonté une semaine de plus, un jour de plus, une heure de plus?

Il s'agit là d'un abrègement relativement court. Je ne parle pas de la situation de Walt. Je ne parle pas d'une situation où quelqu'un peut vivre encore des années. Je parle de la personne à qui il ne reste qu'un laps de temps très court et douloureux. Qui a avantage à ce que cette personne reste en vie contre sa volonté?

Le docteur Hui: Vous avez posé quatre questions, sénateur, et je vais essayer de me souvenir de toutes. Je commencerai par la dernière, le refus de respecter la volonté d'un patient en phase terminale qui considère qu'il a vécu sa vie pleinement et ne veut pas passer encore une semaine à souffrir. Ces patients ont toute ma sympathie. J'en ai moi-même plusieurs. Je pense qu'il faut les persuader de songer au bien commun dont M. Grenz a parlé.

En d'autres termes, je pense qu'il faut comprendre que même si une semaine de souffrance coûte à soi-même, le problème est de savoir les répercussions sur autrui si j'avais la capacité de choisir ma propre mort.

Pour ce qui est de la pente glissante, il faut bien voir qu'il n'existe nulle garantie que l'on puisse toujours identifier le petit nombre de patients qui méritent (j'utilise ce terme à défaut d'un meilleur) l'euthanasie. Il vous suffit d'aller visiter une maison de repos pour voir ce que cela signifie. La soi-disant norme de soins que nous promettons de fournir aux personnes âgées dans une maison de repos, à ces personnes vulnérables et incapables de prendre soin d'elles-mêmes, n'a jamais été assurée.

Si vous légalisez et instaurez une situation où l'on peut choisir l'euthanasie, le fardeau vous reviendra et, ensuite, à la profession médicale. Je continuerai à professer ma position que les médecins ne doivent jamais tuer. Je ne pense pas que les médecins doivent faire avorter, ce qui répond à votre question sur l'avortement.

Pour ce qui est de l'administration de doses massives de médicaments, ce que l'on appelle les surdoses, deux choses résoudraient le problème. Premièrement, l'élément le plus important est l'intention. Lorsque j'utilise des doses croissantes de morphine pour soulager mes patients, je n'ai jamais l'intention de tuer. J'ai l'intention de réduire leurs souffrances. Si un effet secondaire inévitable de cette dose est que la vie du patient va s'en trouver raccourcie, cela n'équivaut pas à un acte d'euthanasie ou un suicide.

La même chose vaut pour la résection ou la séparation chirurgicale de jumeaux siamois. L'intention a toujours été de n'épargner aucun effort pour sauver les deux vies. Si l'un ne peut malheureusement pas survivre, nous aurons fait de notre mieux. Par conséquent, cela n'est pas contraire à ma promesse de ne jamais tuer.

Mme Buckingham: J'aimerais parler brièvement des garanties. On n'a aucune garantie qu'une légalisation ne nous entraîne pas sur la pente glissante. Il serait possible à une personne dans la situation de Walt, victime d'une lésion médullaire, d'invoquer la Charte pour dire: «Vous autorisez le suicide assisté ou l'euthanasie

[Text]

allowing assisted suicide or euthanasia to people who are terminally ill. It is unequal treatment to allow that to those people and not to those people with spinal cord injuries and others who are alive against their will, for example, severely depressed people, people who are unemployed and cannot provide for their families."

It is difficult to know or guarantee what the courts will decide under section 15 of the Charter.

Senator Beaudoin: I come back to your definition of suicide. You do not consider that it is a right. You do not make a distinction between rights and freedoms. I understand that you say, "Well, it is not prohibited any more by the Criminal Code as such, but we cannot conclude from that that it is a right." With the addition of section 15, we cannot say that assisted suicide should be accepted.

Is that your reasoning? It is opposite to what we heard from the preceding witnesses, is it not?

Ms Buckingham: I agree. I was here for the preceding witness. I disagree strongly with his presentation which is to the effect that there is some kind of right in Canada to commit suicide. I find it to be a scary proposition. Technically, what he was saying is true. If I touch Walt without his permission, it is an assault. That is true if you touch anyone without their permission. To say that everyone in our society has the right to commit suicide would lead to all kinds of frightening things.

All kinds of people attempt suicide. Whether it is a cry for help, or whether they truly want to kill themselves, is certainly an issue. Generally, I think that people always consider that suicide is something to be prevented. We work hard to try to stop people from committing suicide. There is a distinction between the medical community dealing with the right to refuse treatment and trying to stop someone from committing suicide.

If I tried to commit suicide, I know that my friends, my family and the medical community would try to stop me. If you start to say that there is a right to commit suicide, what will happen to all those depressed teenagers, to people who are in unfortunate circumstances and who are trying to commit suicide? Will we simply hand them a noose and say, "You have a right; I will not stop you"?

Senator Beaudoin: Of course, the core of his reasoning seems to be that there is such a thing as the individual right of self-determination. This being the case, the right of self-determination, as far as I have been able to understand his argument, is more important than the sanctity of life, is it not? Of course, there is no doubt in the world that you disagree with that.

Ms Buckingham: It is very difficult when you start getting into discussions of rights. I am a lawyer. From a legal perspective, where there is a right there is a remedy. For me, there is no right unless it is an enforceable right. That is my framework of reference for understanding rights.

Senator Beaudoin: Yes, that is interesting. Where there is a right, there is a remedy; or, where there is a right, there is a corresponding obligation. If you follow that line of argument, then a person may be under the obligation to help someone.

[Traduction]

de malades au stade terminal. C'est un traitement inégal que de l'autoriser pour ces personnes et non pour celles qui ont des blessures de la moelle épinière et d'autres qui sont en vie contre leur volonté, par exemple des personnes gravement déprimées, ou des chômeurs qui ne peuvent plus subvenir aux besoins de leur famille».

Il est difficile de savoir ou de garantir ce que les tribunaux décideront sous le régime de l'article 15 de la Charte.

Le sénateur Beaudoin: J'en reviens à votre définition du suicide. Vous ne considérez pas que c'est un droit. Vous n'établissez pas de distinction entre les droits et les libertés. Il me semble que vous dites: «Bon, il n'est plus interdit par le Code criminel en tant que tel, mais nous ne pouvons en conclure qu'il s'agit d'un droit». Avec l'ajout de l'article 15, nous ne pouvons dire que le suicide assisté doit être accepté.

Est-ce là votre raisonnement? C'est l'opposé de ce qu'a dit le témoin précédent, n'est-ce pas?

Mme Buckingham: Je suis d'accord. J'ai entendu ce qu'a dit le témoin précédent. Je suis totalement en désaccord avec lui lorsqu'il dit qu'il existerait au Canada une sorte de droit au suicide. C'est une notion qui me fait peur. Techniquement, ce qu'il disait est vrai. Si je touche Walt sans sa permission, c'est une agression. C'est vrai, si vous touchez quiconque sans sa permission. Mais de dire que chacun dans notre société a le droit de se suicider amènerait toutes sortes de choses effrayantes.

Toutes sortes de gens tentent de se suicider. Que ce soit un appel au secours, ou qu'ils veuillent vraiment se suicider, cela reste à voir. De façon générale, je pense que les gens considèrent toujours que le suicide est quelque chose qu'il faut prévenir. Nous faisons tout pour empêcher les gens de se suicider. Il y a une distinction entre respecter le droit au refus d'un traitement et empêcher quelqu'un de se suicider.

Si je tentais de me suicider, je sais que mes amis, ma famille et les médecins essaieraient de m'arrêter. Si vous commencez à dire qu'il y a un droit au suicide, que va-t-il advenir de tous ces adolescents déprimés, tous ceux qui sont dans une mauvaise passe et qui essaient de mettre fin à leurs jours? Est-ce qu'on leur passera tout simplement la corde au cou et leur dira: «Tu as le droit; je ne vais pas t'empêcher»?

Le sénateur Beaudoin: Bien entendu, au coeur de son raisonnement, il y a la notion qu'il existe un droit individuel à l'autodétermination. Cela étant le cas, le droit à l'autodétermination, si j'ai bien suivi son raisonnement, est plus important que le caractère sacré de la vie, n'est-ce pas? Bien entendu, je ne doute pas que vous soyez en désaccord avec cela.

Mme Buckingham: Cela devient très difficile dès que vous ouvrez la discussion sur les droits. Je suis avocate. D'un point de vue juridique, là où il y a un droit, il y a un remède. Pour moi, un droit n'existe pas tant qu'il n'est pas exécutoire. Voilà l'optique dans laquelle j'aborde les droits.

Le sénateur Beaudoin: Oui, c'est intéressant. Là où il y a un droit, il y a un remède; ou encore, là où il y a un droit, il y a une obligation correspondante. Si l'on suit ce raisonnement, une personne peut être obligée d'aider autrui.

[Texte]

We have in the Quebec Charter of Rights and Freedoms a section which deals with the obligation of a citizen to help, in certain circumstances, obviously, a person who is in need. Thus far, and unless I am mistaken, it is the only charter in Canada which contains such a provision. We do not have it at the federal level.

Ms Buckingham: That is right. There is no obligation to assist people. You certainly would not want to develop in Canada the ethos that people should not be helping other people in need.

Senator Beaudoin: On the contrary, the more civilized we are, the more friendly we are.

Dr. Hui: I find the language of rights interesting. In that respect, I would like to make a couple of points.

The right to self-determination has a limit. Modern philosophy and humanity have forgotten that somehow.

Senator Beaudoin: No right is absolute.

Dr. Hui: Not only that, but there is a limit. For example, imposing a law to wear a helmet while motorcycling is a form of infringement of self-determination. I cannot fully determine and do not have the right not to wear a helmet on a motorcycle. There are many other examples where the law restricts self-determination. I find that argument unsound. It is as if we have unlimited rights in self-determination. We do not.

I find the right to commit suicide somewhat preposterous. The minimum condition in terms of having rights is life. To have the right to take away life is preposterous.

Historically, in earlier centuries, British law would not allow a person the right to enslave himself or herself. That is in the same vein of thought. Now we are talking about having the right to take away the very basis of right, namely, life.

Mr. Clemenger: John Locke talked a lot about liberty, and whether the true exercise of liberty can be to enslave yourself. The question is: Could it be a true exercise of your freedom to undertake a course of action which denies freedom ever after?

Senator Beaudoin: Do you make a distinction between a freedom and a right?

Mr. Clemenger: I heard someone refer to that yesterday. I had not thought of it before. Right now there is no legislation against suicide. Does that mean there is a freedom to commit suicide? Does that mean everything against which there is not a law we have the freedom to do? In a sense, we do, but is there then the additional burden of a right? I have not thought enough about it. I think that distinction might be helpful.

Freedom in what sense? Again, we would want to qualify the self-determination argument. How much freedom do we have? What are the appropriate limits to put on that freedom? Does the existence of the freedom to commit suicide mean that, then, we, as a society, begin to try to encourage and avail ourselves of it?

[Translation]

Il y a dans la Charte des droits et libertés du Québec une disposition relative au devoir d'assistance, qui fait obligation aux citoyens d'aider autrui dans certains cas. Jusqu'à présent, et sauf erreur, c'est la seule Charte canadienne qui contienne une telle disposition. Il n'y a rien de tel au niveau fédéral.

Mme Buckingham: C'est juste. Il n'y a pas d'obligation d'assistance. Mais il ne s'agit certainement pas d'implanter au Canada la notion que les gens n'ont pas besoin de se porter assistance.

Le sénateur Beaudoin: Au contraire, plus nous sommes civilisés, plus nous sommes amicaux.

Le docteur Hui: Je trouve la terminologie des droits intéressante. J'aimerais dire plusieurs choses à ce sujet.

Le droit à l'autodétermination a une limite. La philosophie et l'humanité modernes ont perdu cela de vue.

Le sénateur Beaudoin: Aucun droit n'est absolu.

Le docteur Hui: Non seulement cela, mais il y a une limite. Par exemple, une loi faisant obligation aux motocyclistes de porter un casque est un empiètement sur l'autodétermination. Je ne puis plus me déterminer pleinement et n'ai pas le droit de ne pas porter un casque sur une motocyclette. Il y a beaucoup d'autres exemples où la loi restreint l'autodétermination. Je trouve cet argument fallacieux. C'est comme si nous avions un droit illimité à nous autodéterminer. Ce n'est pas vrai.

Je trouve le droit de se suicider un peu farfelu. La condition minimale pour pouvoir jouir de droits est d'être en vie. La notion de droit à ôter la vie est absurde.

Historiquement, dans les siècles précédents, la loi britannique n'autorisait pas une personne à se placer en esclavage. C'est le même ordre d'idées. Aujourd'hui on parle d'un droit à enlever la base même de tout droit, à savoir la vie.

M. Clemenger: John Locke a beaucoup parlé de la liberté et s'est demandé si le plein exercice de la liberté pouvait être de se réduire soi-même en esclavage. La question est celle-ci: Est-ce que ce peut être un véritable exercice de votre liberté que d'engager une action qui vous privera de la liberté à jamais?

Le sénateur Beaudoin: Établissez-vous une distinction entre une liberté et un droit?

M. Clemenger: J'ai entendu quelqu'un en parler hier. Je n'y avais jamais réfléchi auparavant. À l'heure actuelle il n'y a pas de loi interdisant le suicide. Cela signifie-t-il que l'on ait la liberté de se suicider? Cela signifie-t-il que tout ce qui n'est pas interdit par une loi, nous avons la liberté de le faire? En un certain sens, oui, mais y a-t-il le fardeau supplémentaire d'un droit? Je n'y ai pas réfléchi suffisamment. Je pense que cette distinction pourrait être utile.

La liberté dans quel sens? Encore une fois, il faudrait nuancer l'argument de l'autodétermination. Dans quelle mesure sommes-nous libres? Quelles sont les limites appropriées à imposer à cette liberté? Est-ce que la liberté de se suicider signifie que nous, en tant que société, devons commencer à l'encourager et à nous en prévaloir?

[Text]

Senator Beaudoin: The right of self-determination, as such, may be something new. We do not use that expression often.

Senator Keon: I do not know how much of these hearings you have heard. On a number of occasions the people on the side of physician-assisted suicide have stated that they are concerned that their freedoms are infringed upon when they enter into palliative care programs. In other words, the proponents of palliative care will not hear about the other side of the issue. How do you propose that can be dealt with?

They have expressed the opinion that, if they commit themselves to a palliative care program, then they will be pressured into staying with that program to the very end. In other words, they will not be allowed the privilege of requesting a physician-assisted suicide, which is not a privilege at this point in time, anyway, but it is something they would like to have.

Dr. Hui: I find that line of reasoning somewhat confusing. As a modality of medicine, palliative care is subject to the same type of medical and ethical constraints. In other words, anybody who enters into palliative care is totally free to opt out of palliative care, as is the case with any form of medicine. There is no way that I could envision palliative care being a form of enforcing something by which a person loses his freedom.

Senator Keon: I believe as late as this morning there was testimony that people in palliative care programs expressed the concern to outside observers that should they level with the people in the program that they would like to get out, they would like at some point to have physician-assisted suicide, they would be asked to leave the program and they would have no support. I do not know whether that exists or not, but it is a concern out there. It is probably not being dealt with adequately right now in palliative care.

Dr. Hui: I have not heard of reports such as that. I think that, anecdotally, there may be isolated instances where there may be a mistaken expectation and an inadequate delivery of care. If there are enough choices in terms of palliative care facilities, and if there are enough personnel, most of these problems should be able to be eliminated. As with any other form of medical care, I am not saying that it will be foolproof. There is lots of room for improvement. There is no empirical data to support that kind of care would infringe upon personal freedom.

Senator Keon: My initial question was: How do you deal with the patient who asks you for physician-assisted suicide?

Dr. Hui: If it is personal, I would spend a lot of time with the patient and direct resources in other sectors of health care, such as nurses, social workers and so on, to spend time in terms of support and in showing care and compassion. One of the major problems with a patient who is ill, either acutely or chronically — and terminal illnesses are most of the time acute or chronic — is feeling isolated and alienated, not only from his or her friends, neighbours and families but from themselves. These people need support ever more so than at any other time. Our medical system does not provide the support.

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Le droit à l'autodétermination, à proprement parler, est peut-être quelque chose de nouveau. Ce n'est pas une expression souvent employée.

Le sénateur Keon: Je ne sais pas à combien de séances de notre comité vous avez assisté. Les partisans du suicide médicalement assisté nous ont dit qu'ils craignaient que leur liberté ne soit restreinte une fois qu'ils entrent dans un programme de soins palliatifs. Autrement dit, les promoteurs des soins palliatifs ne veulent rien entendre de la position inverse. Comment proposez-vous de régler cela?

Ils ont exprimé l'opinion que, s'ils adhèrent à un programme de soins palliatifs, on fera pression sur eux pour qu'ils le suivent jusqu'à la toute fin. En d'autres termes, on ne leur laissera pas le privilège de demander un suicide médicalement assisté, privilège qui n'existe pas à l'heure actuelle de toute façon mais qu'ils aimeraient avoir.

Le docteur Hui: Je trouve ce raisonnement quelque peu déroutant. En tant que discipline médicale, les soins palliatifs sont sujets aux mêmes contraintes médicales et éthiques. Autrement dit, quiconque reçoit des soins palliatifs est totalement libre de les refuser à tout moment, comme tout autre traitement. Je ne peux absolument pas concevoir que les soins palliatifs soient une contrainte faisant perdre aux gens leur liberté.

Le sénateur Keon: Ce matin encore, des témoins nous ont dit que des malades inscrits à des programmes de soins palliatifs ont exprimé la crainte à des observateurs externes que s'ils disaient à leurs soignants qu'ils envisagent d'arrêter, qu'ils aimeraient avoir recours à un moment donné au suicide médicalement assisté, on leur demanderait de partir et qu'ils n'auraient plus de soutien. Je ne sais pas si elle est fondée ou non, mais c'est une crainte qui existe. On la néglige sans doute actuellement dans le secteur des soins palliatifs.

Le docteur Hui: Je n'ai jamais rien entendu de tel. Il a pu y avoir des cas isolés d'attentes erronées et une prestation inadéquate des soins. S'il y avait un choix suffisant d'installations de soins palliatifs et suffisamment de personnel, la plupart de ces problèmes se régleraient. Je ne dis pas que le système sera infaillible, pas plus que n'importe quelle autre forme de soins médicaux. Beaucoup d'améliorations restent possibles. Il n'y a pas de données empiriques indiquant que ce genre de soins empiètent sur la liberté personnelle.

Le sénateur Keon: Ma question initiale était: Que répondez-vous au patient qui vous demande un suicide médicalement assisté?

Le docteur Hui: Si c'est personnel, je passerai beaucoup de temps avec ce patient et demanderai aux autres personnels soignants tels qu'infirmières, travailleurs sociaux, et cetera, à consacrer du temps à ce patient, à faire preuve de sollicitude et de compassion. L'une des principales épreuves pour un patient, atteint soit de maladie aiguë soit de maladie chronique (et les maladies terminales sont la plupart du temps aiguës ou chroniques) est le sentiment d'isolement et d'aliénation, non seulement par rapport aux amis, voisins et membres de la famille, mais par rapport à eux-mêmes. Ces personnes ont besoin alors de soutien,

[Texte]

We care for a normal healthy person more than we care for the unhealthy person, emotionally and spiritually.

Senator Keon: There is no question about that. The evidence has been overwhelming that, as a society, we have not offered the support to palliative care we should be offering. We must do that.

What concerns me is that we have a debate where, on the one side, people are advocating increased and better palliative care programs and, on the other side of that debate, large numbers of people are advocating physician-assisted suicide. As I listen to the evidence, the problem to me appears to be that in palliative care programs the issue is not discussed.

Dr. Hui: Do you mean that a large number of people are requesting assisted suicide?

Senator Keon: No. We have heard evidence that patients are afraid to raise the subject. I gather it has not been raised with you very often, even though you have a superb palliative care program.

Dr. Hui: Until recently, that has never been an option. The type of language which says that assisted suicide is in fact an alternative to medical care is dangerous. Palliative care and assisted suicide should not be posed as two alternatives like aspirin and Tylenol.

Senator Keon: Would not patients be reassured if they felt free to talk about it?

Dr. Hui: The idea that you have that terminology and that option assumes that it is a viable alternative. We are arguing that it is not. It is not the right medicine, senator.

Senator Keon: I am in total agreement that we must improve palliative care. I have been a medical educator, as you know. I realize this has been missing from our curriculums. I will do my part to ensure that it becomes a part of our teaching programs.

I remain concerned that patients in distress are not discussing this subject in its full breadth and context with the people they need most, that is, the people who are looking after them during their terminal illness.

Dr. Hui: The subject matter that you want them to have the freedom to talk about is assisted suicide. I argue that is not the proper subject. You are assuming that is a viable alternative.

Senator Keon: But we have heard evidence that, when you tell a patient that, they simply go to the phone and call someone else to talk about it.

Mr. Clemenger: What you are asking is not whether we recommend that palliative care provide the option of assisted suicide, but how palliative care deals with requests for assisted suicide. Are patients able to express those emotions and then can the palliative care specialist respond? I am not enough of an expert in palliative care to know the intricacies.

[Translation]

plus qu'à aucun autre moment de leur vie. Notre système médical n'apporte pas ce soutien.

On s'occupe davantage d'une personne en bonne santé que d'une personne malade, sur le plan émotionnel et spirituel.

Le sénateur Keon: Cela ne fait pas de doute. Tout indique que, en tant que société, nous n'apportons pas le soutien qu'il faudrait aux soins palliatifs. Il faut le faire.

Ce qui m'inquiète, c'est que nous avons un débat où, d'une part, certains préconisent des soins palliatifs meilleurs et, d'autre part, un grand nombre de gens préconisent le suicide médicalement assisté. En écoutant les témoignages, il me semble que ce problème ne soit guère débattu dans le milieu des soins palliatifs.

Le docteur Hui: Voulez-vous dire qu'un grand nombre de personnes demandent le suicide assisté?

Le sénateur Keon: Non. On nous dit que les patients ont peur d'aborder le sujet. J'imagine qu'il ne l'a pas été souvent avec vous, bien que vous ayez un programme de soins palliatifs superbe.

Le docteur Hui: Jusqu'à récemment, cela n'était pas une option. Le genre de discours qui dit que le suicide assisté soit une solution de rechange aux soins médicaux est dangereux. Les soins palliatifs et le suicide assisté ne doivent pas être présentés comme une alternative, comme le choix entre l'Aspirine et le Tylenol.

Le sénateur Keon: Les patients ne seraient-ils pas rassurés s'ils avaient l'impression de pouvoir en parler plus librement?

Le docteur Hui: Ce langage, l'idée que cette option existe, en fait un choix viable. Nous disons que tel n'est pas le cas. Ce n'est pas le bon remède, sénateur.

Le sénateur Keon: Je conviens totalement qu'il faut améliorer les soins palliatifs. J'ai enseigné la médecine, comme vous le savez. J'ai conscience que cela manque dans nos programmes d'enseignement. Je ferai ma part pour y remédier.

Je continue à craindre que les patients en détresse ne discutent pas extensivement de ce sujet avec les personnes dont elles ont le plus besoin, c'est-à-dire celles qui les soignent pendant la phase terminale de leur maladie.

Le docteur Hui: Le sujet dont vous voulez qu'ils aient la liberté de parler est le suicide assisté. Je prétends que ce n'est pas un sujet convenable. Ce serait supposer que c'est une option viable.

Le sénateur Keon: Mais des témoins nous ont dit que lorsqu'on rétorque cela à un patient, il prend simplement le téléphone et appelle quelqu'un d'autre pour en parler.

M. Clemenger: Vous ne demandez pas si nous recommandons que les soins palliatifs offrent l'option du suicide assisté, mais comment les soins palliatifs réagissent aux demandes de suicide assisté. Est-ce que les patients peuvent exprimer leurs émotions et le spécialiste en soins palliatifs peut-il alors y réagir? Je ne suis pas suffisamment expert pour connaître toutes les démarches.

[Text]

Mr. Lawrence, in your work is there a parallel? I assume requests for assisted suicide would come quite regularly in your work. How do you process that?

Mr. Lawrence: It is true, it does come up quite frequently with the spinal cord injured persons with whom I deal. It is always, "Well, what is the use?" You deal with them from that perspective. You certainly listen to them. You do not shut them out just because you do not believe in it. You listen to them and then try to sort out what is of value, not only from your perspective but you help them sort out valuable things they may have missed in their life, in the trauma they are going through.

Generally, the whole focus at that time is what you have lost. None of us is a very happy camper when the whole focus is on what we do not have. We have to try to assist them to focus on what life is all about, other than what they do not have.

The Chairman: I think your approach is the one that is needed more and more, if we are to persuade people to take a different approach. It is disturbing when we hear from people that they are afraid to talk to their doctors because their doctors will disapprove of them. If you cannot have confidence in your doctor, and feel you can discuss these things with him or her, even if the doctor persuades you to look at different options, we are missing something in the whole palliative care program.

Mr. Lawrence: It is possible that one person may not believe in what somebody else raises as an issue. Certainly, we do not want to stop people from expressing their feelings and their points of view. It is imperative that everyone is listened to, whether we agree with them or not. I do not always agree with what my wife says, but, by God, I have to listen to her.

The Chairman: We all understand that.

Dr. Hui: The point, of course, is that we would not stop people from expressing those feelings. If such a request comes up, I look at it as meaning something else, as would most health care providers. Behind the request for assisted suicide there is usually an expression of some need we have not been able to fulfil.

The Chairman: Thank you very much. We will now take a one-hour break.

The committee adjourned until 2:15 p.m.

The committee resumed at 2:15 p.m.

The Chairman: Our next witness will be Mr. John Boram.

Mr. John Boram: Thank you for granting me this opportunity to appear before the committee today. I must apologize for not having submitted my brief in time for translation.

With me today is Mr. David Boram, my brother.

[Traduction]

Monsieur Lawrence, y a-t-il un parallèle dans votre domaine? Je suppose que vous entendez régulièrement des demandes de suicide assisté. Comment réagissez-vous?

M. Lawrence: C'est vrai, c'est une question qui surgit assez fréquemment dans la bouche des blessés de la moelle épinière avec lesquelles je traite. C'est toujours «À quoi cela sert-il de vivre»? C'est dans cette optique que nous leur répondons. Il faut certainement les écouter, il ne faut pas leur clouer le bec simplement parce qu'on n'est pas d'accord. Il faut les écouter et isoler ce qui a de la valeur, non seulement selon votre perspective, mais leur montrer tout ce qu'il y a de précieux dans leur vie, dans le traumatisme qu'ils vivent.

En général, l'accent est mis sur ce qui a été perdu. Nul d'entre nous n'est très heureux lorsque tout l'accent est mis sur ce que l'on n'a pas. Il faut les aider à se concentrer sur l'essentiel, et non pas sur ce qu'ils ont perdu.

La présidente: Je pense que votre approche en est une qui est de plus en plus nécessaire, si nous voulons convaincre les gens de suivre une approche différente. C'est inquiétant lorsque les gens nous disent qu'ils craignent de parler à leur médecin parce que ce dernier va les désapprouver. Si vous ne pouvez pas faire confiance à votre médecin et considérer que vous pouvez lui parler de ces choses, même si le médecin cherche à vous persuader d'envisager des options différentes, quelque chose manque dans tout le programme de soins palliatifs.

M. Lawrence: Il est possible qu'une personne soit en désaccord avec ce que dit un patient. Mais il ne s'agit certainement pas d'empêcher les gens d'exprimer leurs sentiments et leurs points de vue. Il est impératif d'écouter tout le monde, que l'on soit d'accord avec ce qui est dit ou non. Je ne suis pas toujours d'accord avec ce que dit ma femme mais, Grand Dieu, il faut que je l'écoute.

La présidente: Nous comprenons tout cela.

Le docteur Hui: Évidemment, nous n'empêcherions pas quelqu'un d'exprimer ses sentiments. Si une telle demande est abordée, je la perçois comme révélatrice d'autre chose, comme la plupart des autres soignants. Derrière la demande de suicide assisté il y a toujours l'expression d'un manque que nous n'avons pu combler.

La présidente: Merci beaucoup. Nous allons maintenant faire une pause d'une heure.

La séance est levée jusqu'à 14 h 15.

Le comité reprend ses travaux à 14 h 15.

La présidente: Notre prochain témoin sera M. John Boram.

M. John Boram: Je vous remercie de me permettre de comparaître devant le comité aujourd'hui. Je suis désolé de ne pas avoir remis mon mémoire à temps pour qu'il soit traduit.

Je suis accompagné par M. David Boram, mon frère.

[Texte]

As a Christian, I share the concerns of many private citizens in Canada who, as believers in our Lord Jesus Christ, are alarmed at the relentless efforts to weaken our Criminal Code. I do not speak from a sectarian point of view, but rather from the perspective of many believers in the Bible who recognize scripture as the inspired word of God and seek to live by God's will as revealed in it.

Although not professionally employed in health care, I have had the opportunity to attend at the bedside of several persons, including my mother and family friends, who have endured prolonged pain and suffering before their deaths.

Just four weeks ago this morning, I attended the sudden unplanned home birth of a baby premature by eight weeks. Ambulance attendants, who arrived on the scene in time to sever the cord of the already-delivered 4.8 pound infant, could not stimulate a first breath. All signs of life quickly faded away.

While one paramedic applied a hand-held respirator, I cradled the baby in my arms en route to hospital. When handing the baby to the emergency room doctor, I fully expected him to say, "It is too late. There is nothing we can do. There is no sign of life." However, 15 minutes later, they announced that the tiny heart was beating and the lungs were functioning properly with the help of a respirator. It was a thrill to witness the ecstasy of all the emergency room staff. No one yet knows whether there is brain damage, yet no one proposed that we should let the baby die.

This is clearly what health care is all about. Most importantly, basic to the Christian faith is the deepest respect for life, even in its most fragile human form.

Genesis 2:7 states:

And the Lord God formed man of the dust of the ground, and breathed into his nostrils the breath of life; and man became a living soul.

The notion of suicide, assisted or otherwise, and euthanasia should be rejected because they arrogate to man a prerogative which belongs entirely to God.

Included in the commandments given to Moses was one of the cardinal laws of civilization: "Thou shalt not kill." This divine principle has never been rescinded, the Lord Jesus himself bringing it forward to our times as recorded by the three gospel writers, Matthew, Mark and Luke. The only basis for terminating human life is explicitly defined early in scripture, long before the law of Moses.

Genesis 9:6 states:

Who so sheddeth man's blood, by man shall his blood be shed: for in the image of God made he man.

From conception to natural death, our lives belong to God. We are not our own. Received as a gift from God, life is a trust of which we are stewards, not owners. In taking his own life, man, as trustee, usurps God's right as possessor. When we deliberately hasten the death of terminally ill persons, we presume to wrest life

[Translation]

En tant que chrétien, je partage les inquiétudes de nombreux citoyens canadiens qui, parce qu'ils croient en Notre Seigneur Jésus-Christ, sont alarmés par les efforts incessants visant à affaiblir notre Code criminel. Je ne veux pas présenter un point de vue sectaire, mais plutôt celui de nombreux croyants qui reconnaissent la Bible comme l'oeuvre inspirée de Dieu et qui cherchent à vivre la volonté de Dieu telle que révélée dans ces textes.

Même si je ne suis pas professionnel de la santé, j'ai eu l'occasion de me trouver au chevet de plusieurs personnes, dont ma mère et des amis de la famille, qui ont enduré des douleurs et des souffrances prolongées avant de mourir.

Il y a exactement quatre semaines, j'ai assisté à la naissance soudaine et imprévue à la maison d'un bébé prématuré de huit semaines. Les ambulanciers, qui sont arrivés à temps pour couper le cordon ombilical d'un bébé de 4,8 livres, n'ont pas réussi à le faire respirer. Tous les signes vitaux se sont vite affaiblis.

Pendant qu'un infirmier appliquait un respirateur manuel, je tenais le bébé dans mes bras en route vers l'hôpital. Quand j'ai remis le bébé au médecin de l'urgence, je m'attendais vraiment à ce qu'il me dise: «C'est trop tard. Nous ne pouvons rien faire. Il n'y a pas de signe vitaux.» Mais 15 minutes plus tard, ils ont annoncé que le petit coeur battait et que les poumons fonctionnaient correctement avec l'aide d'un respirateur. C'était émouvant de voir la joie délirante de tout le personnel de l'urgence. Personne ne sait encore s'il y a des dommages au cerveau, mais personne n'a proposé de laisser mourir le bébé.

Voilà clairement l'essence des soins de santé. Fait plus important encore, au coeur de la foi chrétienne se trouve le respect profond de la vie, même dans sa forme la plus fragile.

La Genèse 2 7 dit:

Alors Yahvé Dieu modela l'homme avec la glaise du sol, il insuffla dans ses narines une haleine de vie et l'homme devint un être vivant.

L'idée de suicide, assisté ou autrement, et d'euthanasie devrait être rejetée parce qu'elle donne à l'homme une prérogative qui appartient entièrement à Dieu.

Dans les commandements donnés à Moïse se retrouve l'une des lois capitales de la civilisation: «Tu ne tueras pas.» Ce principe divin n'a jamais été annulé, le Seigneur lui-même le réaffirmant pour nous, tel qu'en témoignent les trois évangélistes Matthieu, Marc et Luc. La seule raison qui permet de mettre fin à la vie humaine est définie explicitement très tôt dans la Bible, bien avant la loi de Moïse.

La Genèse 9 6 dit:

Qui verse le sang de l'homme, par l'homme aura son sang versé. Car à l'image de Dieu l'homme a été fait.

Depuis la conception jusqu'à la mort naturelle, notre vie appartient à Dieu. Nous ne nous appartenons pas. Reçue comme un don de Dieu, la vie est un bien qu'on nous prête mais qui ne nous appartient pas. En s'enlevant la vie, l'homme, à qui la vie a été prêtée, usurpe le droit de possession de Dieu. Quand nous

[Text]

out of the hands of the Creator and into our own. This is homicide.

Acts 17:24-25 states:

God that made the world and all things therein. . .giveth to all life, and breath, and all things.

Euthanasia, the deliberate intervention to end human life, whether voluntary or involuntary, whether assisted or unassisted, is a violation of God's law.

Among the natural instincts imparted to us by our Creator is the natural goal of survival. Nature strives to keep alive. Euthanasia attacks nature. It thwarts the delicate mechanisms that struggle against giving up. It opposes God. Some espouse "dying with dignity" and "freedom of choice". Can the sanctity of life, with its intrinsic value, be put in the balance against other values such as dignity and freedom? Can there be any greater indignity than killing? Will there be any freedom, if human life becomes dispensable?

Man is created in God's image and by His inbreathing is endowed with a unique dignity. God alone has absolute dominion over life and death. To fulfil our lives for God's will and to die according to His will is truly "dying with dignity".

Accordingly, Jesus said to Peter, in John 21:18-19:

. . .when thou shalt be old, thou shalt stretch forth thy hands, and another shall gird thee, and carry thee whither thou wouldest not. This spake he, signifying by what death he should glorify God.

In Romans 14:7-9, He said:

For none of us liveth to himself, and no man dieth to himself. For whether we live, we live unto the Lord; and whether we die, we die unto the Lord: whether we live therefore, or die, we are the Lord's. For to this end Christ both died, and rose, and revived, that he might be Lord both of the dead and living.

Particularly vulnerable in this issue are the elderly and disabled. Bent on the pursuit of youthful pleasures, our society idolizes physical fitness, sport and recreation. The previous witness, who had a spinal cord injury, has verified this. Old age, human frailty, and dependence are largely despised. Feeling the social and financial burden they impose on the young and healthy, the elderly and the disabled will be pressured to "opt out".

Scripture, by contrast, teaches respect for the aged, as well as care for the weak and disabled. Fathers and mothers are to be honoured. Curses attach to persons not respecting their parents. Euthanasia of elderly parents is specifically outlawed.

I. Timothy 1:9 states:

. . .the law is. . .for murderers of fathers and murderers of mothers, for manslayers.

[Traduction]

abrégeons délibérément les jours des malades en phase terminale, nous arrachons la vie des mains de Dieu et la mettons entre nos mains. C'est un homicide.

Les Actes 17 24-25 disent:

Le Dieu qui a fait le monde et tout ce qui s'y trouve [. . .] donne à tous vie, souffle et toutes choses.

L'euthanasie, l'intervention délibérée pour mettre fin à la vie humaine, volontairement ou involontairement, assistée ou non assistée, contrevient à la loi de Dieu.

Parmi les instincts naturels que nous a donnés le Créateur est la volonté naturelle de survivre. La nature s'efforce de survivre. L'euthanasie attaque la nature. Elle entrave les mécanismes délicats qui luttent pour ne pas renoncer à vivre. Elle s'oppose à la volonté de Dieu. Certains défendent la «mort dans la dignité» ou la «liberté de choix». Le caractère sacré de la vie, et sa valeur intrinsèque, peut-il être mis dans la même balance que des valeurs comme la dignité et la liberté? Y a-t-il un acte plus indigne que de tuer? Où ira la liberté si nous nous arrogeons le droit de disposer de la vie?

L'homme est créé à l'image de Dieu et par son souffle, il acquiert une dignité unique. Dieu seul règne en maître absolu sur la vie et la mort. Vivre et mourir selon la volonté de Dieu, voilà comment on meurt vraiment «dans la dignité».

Par conséquent, Jésus a dit à Pierre, dans Jean 21 18-19:

[. . .] quand tu seras devenu vieux, tu étendras les mains, un autre te nouera ta ceinture et te mènera où tu ne voudras pas.» Il indiquait par là le genre de mort par lequel Pierre devait glorifier Dieu.

Dans Romains 14 7-9, Il dit:

En effet, nul d'entre nous ne vit pour soi-même, comme nul ne meurt pour soi-même; si nous vivons, nous vivons pour le Seigneur, et si nous mourons, nous mourons pour le Seigneur. Donc, dans la vie comme dans la mort, nous appartenons au Seigneur. Car le Christ est mort et revenu à la vie pour être le Seigneur des morts et des vivants.

Les personnes âgées ou handicapées sont particulièrement vulnérables. À la poursuite des plaisirs de la jeunesse, notre société adule la condition physique, le sport et les loisirs. Le témoin précédent, qui s'est blessé à la colonne, l'a confirmé. La vieillesse, la fragilité et la dépendance sont grandement méprisées. Sentant le fardeau social et financier qu'ils imposent aux jeunes et aux personnes en santé, les aînés et les handicapés se sentiront obligés de «tirer leur révérence».

Les Saintes Écritures, par contre, enseignent le respect des personnes âgées ainsi que la bienveillance à l'égard du faible et de l'infirme. Il faut honorer son père et sa mère. Des malédictions s'abattront sur ceux qui ne respectent pas leurs parents. L'euthanasie des parents âgés est expressément interdite.

1 Timothée 1 9 dit:

[. . .] la Loi [. . .] a été instituée pour les parricides et les matricides, les assassins.

[Texte]

Health and life belong in God's hands, as does sickness and death.

I. Samuel 2:6 states:

The Lord killeth, and maketh alive: He bringeth down to the grave, and bringeth up.

Psalm 48:14 states:

For this God is our God for ever and ever: he will be our Guide unto death.

Daniel 5:23 states:

...the God in whose hand thy breath is, and whose are all thy ways...

Philippians 2:27 states:

For indeed he was sick nigh unto death: but God had mercy on him...

Our obligation then is to sustain life, provide support and care for the suffering, and to impart comfort and relief.

Matthew 5:7 states:

Blessed are the merciful: for they shall obtain mercy.

To abandon care and to accelerate the death of a patient is to abandon Christian charity and fidelity.

It is clear from submissions made to this committee by palliative care specialists that we have in Canada the means to support and care for persons in the last phase of an incurable disease. Whether in a palliative care unit or at home, human suffering can and is being transformed into a meaningful experience that makes it bearable. It is not our prerogative to hasten death, nor is it our right to employ extraordinary heroic means to keep persons alive when their time has come.

Psalm 116:15 states:

Precious in the sight of the Lord is the death of his saints.

Ecclesiastes 3:1,2,14 states:

To everything there is a season, and a time to every purpose under the heaven: A time to be born, and a time to die... I know that, whatsoever God doeth, it shall be for ever: Nothing can be put to it, nor any thing taken from it: and God doeth it, that men should fear before him.

Ecclesiastes 8:8 states:

There is no man that hath power over the spirit to retain the spirit; neither hath he power in the day of death: and there is no discharge in that war; neither shall wickedness deliver those that are given to it.

By providing appropriate care and promoting a caring community, sensitive to patient and family needs, persons can prepare for the acceptance of death with a full measure of peace.

Psalm 37:37 states:

...behold the upright: for the end of that man is peace.

[Translation]

La santé et la vie sont entre les mains de Dieu, tout comme la maladie et la mort.

1 Samuel 2 6 dit:

C'est Yahvé qui fait mourir et vivre, qui fait descendre chez les morts et en remonter.

Psaumes 48 15 dit :

Lui est Dieu, notre Dieu aux siècles des siècles, lui, il nous conduit.

Daniel 5 23 dit:

[...] le Dieu qui tient ton souffle entre ses mains et de qui relèvent toutes tes voies.

Philippiens 2 27 dit:

C'est vrai qu'il a été malade, et bien près de la mort; mais Dieu a eu pitié de lui [...]

Notre obligation consiste donc à maintenir la vie, à soutenir et soigner ceux qui souffrent, à les réconforter et les secourir.

Matthieu 5 7 dit:

Heureux les miséricordieux, car ils obtiendront miséricorde.

Abandonner les soins et abrégier la vie d'un patient, cela veut dire abandonner la charité et la fidélité chrétiennes.

Il ressort clairement des mémoires présentés à votre comité par les spécialistes des soins palliatifs que nous avons au Canada les moyens de soutenir et de soigner les personnes dans la dernière phase d'une maladie incurable. Que se soit dans un service de soins palliatifs ou à la maison, la souffrance humaine peut se transformer en une expérience chargée de sens qui la rend supportable. Il ne nous appartient pas d'abrégier les jours de quelqu'un et nous n'avons pas non plus le droit d'employer des moyens héroïques et extraordinaires pour maintenir les gens en vie quand leur heure est venue.

Psaumes 116:15 dit:

Elle coûte aux yeux de Yahvé la mort de ses amis.

Ecclésiaste 3 1,2,14 dit:

Il y a un moment pour tout, et un temps pour tout sous le ciel: Un temps pour enfanter et un temps pour mourir [...] Je sais que la conduite de Dieu est constante. À cela, il n'y a rien à ajouter, de cela il n'y a rien à retrancher: or Dieu fait qu'on a peur de lui.

Ecclésiaste 8 8 dit:

Personne n'est maître du vent, pour le retenir; ni maître du jour de la mort. Il n'y a pas de sursis à la guerre, et la méchanceté ne sauve pas son auteur.

En donnant les soins appropriés et en favorisant une société bienveillante, sensible aux besoins du patient et de la famille, on peut se préparer à accepter la mort l'esprit tout à fait en paix.

Psaumes 37 37 dit:

[...] vois l'homme droit; il y a pour le pacifique une postérité.

[Text]

The process of dying can be accompanied by growth and enlargement, both for the patient and the loved ones, as well as for the caregivers.

Psalms 4:1 states:

Thou has enlarged me when I was in distress.

Suffering can be a terrible experience, but it need not be demeaning. We should not deprecate the moral value of this normal part of life that draws us closer to God and nearer to the Lord Jesus Christ.

I. Peter 4:19 states:

Wherefore let them that suffer according to the will of God commit the keeping of their souls to him in well doing, as unto a faithful Creator.

Suffering builds moral character and produces endurance.

Romans 5:3 states:

...knowing that tribulation worketh patience.

Suffering causes us to prove the personal support of our loved ones and caregivers, as well as providing unique opportunities for reconciliation, both to God and to men. God being the caring, loving God that he is, Lamentations 3:33 states:

...doth not afflict willingly nor grieve the children of men.

Man's extremity has often been proved to be God's opportunity.

Isaiah 38:1 states:

In those days was Hezekiah sick unto death. And Isaiah the prophet the son of Amos came unto him, and said unto him, Thus saith the Lord, Set thine house in order: for thou shalt die, and not live.

Further, Isaiah 38:5 states:

...Thus saith the Lord, the God of David thy father, I have heard thy prayer, I have seen thy tears: behold, I will add unto thy days fifteen years.

Even when a person is unconscious, we must not interfere with God's rights over him. The patient may progress beyond any sense of care and comfort from the human community, but is never beyond the care and comfort of divine persons. God has access to man's spirit at all times, even when in a comatose state.

Job 33:14-16 states:

For God speaketh once, yea twice, yet man perceiveth it not. In a dream, in a vision of the night, when deep sleep falleth upon men, in slumberings upon the bed; Then he openeth the ears of men, and sealeth their instruction.

Ecclesiastes 12:7 states:

Then shall the dust return to the earth as it was: and the spirit shall return unto God who gave it.

[Traduction]

La mort peut être une source de croissance et d'épanouissement, pour le patient et pour ceux qui lui sont chers, ainsi que pour ceux qui donnent les soins.

Psaumes 4 1 dit:

Dans l'angoisse tu me mets au large.

La souffrance peut être une expérience terrible, mais elle n'a pas à être avilissante. Nous ne devrions pas déprécier la valeur morale de cette étape normale de la vie qui nous rapproche de Dieu et du Seigneur Jésus-Christ.

1 Pierre 4 19 dit:

Ainsi, que ceux qui souffrent selon le vouloir divin remettent leurs âmes au Créateur fidèle, en faisant le bien.

La souffrance bâtit le caractère moral et donne de l'endurance.

Romains 5 3 dit:

[...] sachant bien que la tribulation produit la constance.

La souffrance nous amène à éprouver le soutien personnel des êtres chers et de ceux qui procurent les soins, tout en nous donnant une occasion unique de nous réconcilier avec Dieu et avec les hommes. Dieu étant un Dieu de bonté et d'amour, il dit dans Lamentations 3 33:

[...] Car ce n'est pas de bon coeur qu'il humilie et afflige les fils d'homme.

La fin de l'homme a souvent été l'occasion pour Dieu de démontrer sa bienveillance.

Isaïe 38 1 dit:

En ces jours-là, Ézéchias fut atteint d'une maladie mortelle. Le prophète Isaïe, fils d'Amos, vint lui dire: «Ainsi parle Yahvé. Mets ordre à ta maison, car tu vas mourir, tu ne vivras pas.»

Isaïe 38 5 dit en outre:

[...] Ainsi parle Yahvé, Dieu de ton ancêtre David. J'ai entendu ta prière, j'ai vu tes larmes. Je vais te guérir; dans trois jours, tu monteras au Temple de Yahvé J'ajouterai quinze années à ta vie.

Même lorsqu'une personne est inconsciente, nous ne devons pas nous arroger les droits de Dieu sur elle. Le patient peut aller au-delà des soins et du soulagement donnés par l'humanité, mais il n'est jamais abandonné de Dieu et ne perd jamais le réconfort divin. Dieu a accès à l'esprit de l'homme en tout temps, même dans un état comateux.

Job 33 14-16 dit:

Dieu parle d'une façon et puis d'une autre, sans qu'on prête attention. Par des songes, par des visions nocturnes, quand une torpeur s'abat sur tous les humains et qu'ils sont endormis sur leur couche, alors il parle à l'oreille de l'homme, par des apparitions il l'épouvante.

Ecclésiaste 12 7 dit:

Et que la poussière retourne à la terre comme elle en vint, et souffle à Dieu qui l'a donné.

[Texte]

It is understandable that people want to be assured that they will not be sentenced to intractable pain and suffering.

I. Corinthians 10:13 states:

...God is faithful, who will not suffer you to be tempted above that ye are able. ...that ye may be able to bear it.

Killing the patient may be the quickest and easiest solution, but even with the kindest of motives, killing is not the answer. Some are deluded into thinking that if they kill themselves, they will not suffer any more. What about after death?

Hebrews 9:27 states:

...it is appointed unto men once to die, but after this the judgment.

Scripture affirms one of two destinies, between which a great gulf is fixed. Those who humbly accept the place of lost sinners before God and trust in the Lord Jesus Christ who died for our sins, was buried, and was raised again, receive by the Holy Spirit joy and peace in believing, as well as the promise of eternal life. In contrast, those who do not obey the gospel of our Lord Jesus Christ shall be punished with everlasting destruction from the presence of the Lord; endless, unmitigated suffering without hope. Such eternal realities should impel us to seek the Lord while he may be found, and call upon him while he is near. God is rich in mercy.

II. Peter 3:9 states:

...not willing that any should perish, but that all should come to repentance.

God gives us time to repent. Persons have turned to Christ in their last days and have died in peace. A penitent criminal, expiring by the side of his faultless saviour, was given this promise, found in Luke 23:43:

To day shalt thou be with me in paradise.

When a few moments in time may determine where a soul may abide for eternity, let us not deprive a soul of the opportunity for eternal settlement.

Many other points could be raised to quash the notion of euthanasia. The dread of medical practitioners as executioners may well result in delayed visitations to a doctor and, consequently, preventable deaths will occur. The hospice movement will be eroded to the point where it may be rendered obsolete. Research to discover and improve treatments, both curative and symptomatic, will be postponed, having no particular urgency. The probability of abuse by medical practitioners or by friends and family who may find premature death convenient is terrifying. The possibility of mistaken diagnosis or prognoses may be irreversible. Death is final. Weakened by pain, suffering and feelings of hopelessness, patients may give up too easily without opportunity to reconsider. Those few miraculous recoveries may well be a thing of the past, if hope is abandoned too soon.

[Translation]

Il est compréhensible que les gens veuillent s'assurer qu'ils ne seront pas condamnés à des douleurs et des souffrances acharnées.

1 Corinthiens 10 13 dit:

[...] Dieu est fidèle; il ne permettra pas que vous soyez tentés au-delà de vos forces [...] il vous donnera le moyen d'en sortir et la force de la supporter.

Tuer le patient est peut-être la solution la plus rapide et la plus facile, mais même par la plus grande bienveillance, tuer n'est pas la solution. Certains s'illusionnent et croient que s'ils se tuent, ils ne souffriront plus. Mais après la mort?

Hébreux 9 27 dit:

[...] les hommes ne meurent qu'une fois, après quoi il y a un jugement.

Les Saintes Écritures énoncent deux sorts possibles, entre lesquels il y a un énorme gouffre. Ceux qui acceptent humblement la place des pécheurs devant Dieu et ont foi en Jésus-Christ, qui est mort pour racheter nos péchés, qui a été enseveli et qui est ressuscité, reçoivent la joie et la paix de la foi en l'Esprit Saint ainsi que la promesse de la vie éternelle. Par contre, ceux qui n'obéissent pas à l'Évangile de Notre Seigneur Jésus-Christ seront punis; ils seront détruits pour toujours, ne verront plus Dieu et souffriront éternellement et sans espoir. Ces réalités de la vie éternelle devraient nous inciter à rechercher Dieu quand il est encore possible de le trouver et à l'implorer quand il est encore près de nous. La pitié de Dieu est sans limites.

2 Pierre 3 9 dit:

[...] voulant que personne ne périsse, mais que tous arrivent au repentir.

Dieu nous donne le temps de nous repentir. Ceux qui se sont tournés vers le Christ aux derniers instants de leur vie sont morts en paix. Un malfaiteur pénitent, qui expire aux côtés de son sauveur sans faute, en a eu la promesse dans Luc 23 43:

Dès aujourd'hui tu seras avec moi dans le Paradis.

Quand quelques instants peuvent déterminer où une âme passera l'éternité, ne la privons pas de la possibilité de jouir du repos éternel.

Beaucoup d'autres arguments pourraient être invoqués pour écraser l'idée de l'euthanasie. La crainte des médecins bourreaux pourrait bien inciter des gens à repousser une visite chez le médecin et, par conséquent, provoquer des décès qui auraient pu être évités. Le rôle des centres d'accueil pour personnes âgées sera érodé au point de devenir désuet. Les recherches en vue de découvrir de nouveaux traitements curatifs ou préventifs ou d'améliorer ceux qui existent déjà seront reportées, puisqu'elles ne seront plus urgentes. Les risques d'abus par des médecins ou des amis et des membres de la famille qui pourraient trouver une mort prématurée bien commode sont terrifiants. Les possibilités de diagnostics ou de pronostics erronés pourraient être irréversibles. La mort est sans appel. Affaiblis par la douleur, la souffrance et le désespoir, des patients peuvent renoncer trop facilement à la vie sans possibilité de changer d'idée. Les rares rétablissements miraculeux pourraient bien devenir un souvenir du passé, si on abandonne tout espoir trop tôt.

[Text]

If suicide is acceptable, abortion allowed, and euthanasia next, then what; murder for defensible causes? Can society afford the slippery slope? When will non-voluntary euthanasia become the obvious extension of voluntary euthanasia? A slippery slope indeed. How can medical caregivers pursue the goal of their profession to save lives and, at the same time, take responsibility for snuffing them out?

Refusing or ceasing treatment when requested by the patient is accepted as sound medical practice in Canada. As a corollary, administering and continuing treatment, even where the doctor may resist the idea, should be acceptable when requested by the patient, his family or representative.

These principles, considered dogmatic and outmoded by some, are based on respect for God's word which shall not pass away.

Our Canadian common law heritage, recognizing the sanctity of life, has traditionally opposed murder, abortion, suicide and euthanasia. However, moral standards are deteriorating on every hand. This appeal is to you, honourable senators, to help arrest the moral decline which is destroying our nation. Government is responsible to act on behalf of God.

Romans 13:1-4 states:

For there is no power but of God: the powers that be are ordained of God. . . For rulers are not a terror to good works, but to the evil. . . For he is minister of God to thee for good.

I respectfully submit that God holds this government responsible and you, honourable senators, in particular, as having a say in this critical matter. The Canadian Charter of Rights and Freedoms has, as its basis, this preamble:

Whereas Canada is founded upon principles that recognize the supremacy of God and the rule of law:

The appeal of this submission is that the rule of law, as delineated in the Criminal Code, be upheld so that the supremacy of God over our lives is not completely denied.

Thank you very much for this opportunity.

Senator Lavoie-Roux: Thank you for your brief. I know that your submission represents the belief of the Judeo-Christian religion, and I have great respect for the Bible. It is true that the preamble to the Canadian Charter of Rights and Freedoms states:

Whereas Canada is founded upon principles that recognize the supremacy of God and the rule of law:

However, in Canada we now have many religions. In addition to the Christian and Jewish religions, we have Buddhists and Muslims, et cetera. I am not sure that they see God in the same way as Christians do. I know that you have come here to present your point of view, and it must be evident that I am of the Christian faith — by my accent if nothing else — but I am also concerned about people who do not share our religious beliefs and

[Traduction]

Si le suicide est acceptable, l'avortement permis et l'euthanasie à nos portes, quelle sera la prochaine étape: l'homicide pour cause justifiable? La société peut-elle se permettre de s'engager sur ce terrain glissant? Quand l'euthanasie non volontaire deviendra-t-elle le prolongement évident de l'euthanasie volontaire? Il s'agit vraiment d'une pente très dangereuse. Comment les médecins peuvent-ils poursuivre les objectifs de leur profession et sauver des vies tout en acceptant du même coup la responsabilité d'enlever la vie?

Refuser ou interrompre le traitement à la demande du patient est une pratique médicale saine acceptée au Canada. Le pendant, soit administrer des soins et poursuivre le traitement, même lorsque le médecin n'est pas d'accord, devrait être acceptable lorsque le patient, sa famille ou son représentant le demande.

Ces principes, que certains trouvent dogmatiques et démodés, reposent sur le respect de la parole de Dieu, qui ne passera pas.

La tradition canadienne de la common law, qui reconnaît le caractère sacré de la vie, s'est toujours opposée à l'homicide, à l'avortement, au suicide et à l'euthanasie. Mais les valeurs morales se dégradent à vue d'oeil. Nous vous lançons un appel, honorables sénateurs, afin que vous contribuiez à mettre fin à ce déclin moral qui détruit notre pays. Le gouvernement doit agir au nom de Dieu.

Romains 13 1-4 dit:

Car il n'y a point d'autorité qui ne vienne de Dieu, et celles qui existent sont constituées par Dieu [. . .] Les magistrats ne sont pas à craindre quand on fait le bien, mais quand on fait le mal [. . .] L'autorité est un instrument de Dieu pour faire justice et pour châtier qui fait le mal.

Je soutiens que Dieu oblige le gouvernement, et vous en particulier, honorables sénateurs, à se prononcer sur cette question vitale. La Charte canadienne des droits et libertés stipule, dans son préambule:

Attendu que le Canada est fondé sur des principes qui reconnaissent la suprématie de Dieu et la primauté du droit.

Le but de ce témoignage est que le droit, tel que défini dans le Code criminel, puisse être exercé afin que la suprématie de Dieu sur nos vies ne soit pas complètement niée.

Merci beaucoup de m'avoir entendu.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci de votre mémoire. Je sais que vous représentez la foi de la religion judéo-chrétienne et je respecte infiniment la Bible. Il est vrai que la Charte canadienne des droits et libertés stipule:

Attendu que le Canada est fondé sur des principes qui reconnaissent la suprématie de Dieu et la primauté du droit.

Mais il y a un grand nombre de religions au Canada. En plus des chrétiens et des juifs, il y a les bouddhistes et les musulmans, et cetera. Je ne suis pas certaine qu'ils voient Dieu comme les chrétiens. Je sais que vous êtes venu ici pour présenter votre point de vue et il doit être évident que je suis de foi chrétienne (ne serait-ce que par mon accent) mais je me soucie également des gens qui ne partagent pas nos convictions religieuses et qui

[Texte]

might have a different philosophy. We must respond to their needs as well.

How do you respond to the philosophies of those who do not share your religious beliefs? We have to try to take other beliefs into account.

Mr. John Boram: I understand that there are many who do not share our beliefs. However, there are thousands who do share these beliefs, whose voices you will probably not hear. Some will have written to you and some will not have, but there are thousands who share these beliefs. They are based on the authority of holy scripture. Canada is traditionally a Christian country. I realize that there are other religious beliefs in our society, but we are trying to present what we understand to be the truth, as conveyed in scripture.

I believe that Canada was founded on these principles. I also believe that the foundation of our nation is being slowly eroded. The moral decadence evident on every hand shows that long-held biblical principles are being given up. We seek here to strengthen the hands of the senators to uphold our tradition.

The Chairman: At the top of your last page you say:

Refusing or ceasing treatment when requested by the patient is accepted as sound medical practice in Canada. As a corollary, administering and continuing treatment, even where the doctor may resist the idea, should be acceptable when requested by the patient, his family or representative.

How far do you take that concept? What kinds of situations do you have in mind there?

Mr. John Boram: Perhaps I can refer to a specific incident which happened some years ago to a person with whom I was acquainted. A young woman seemed to be in a comatose state, unable to speak, of course. Two doctors came into her room and discussed taking her off life support, pulling the plug, as we say. As she lay there, she was aware of what they were speaking about. With growing horror she listened to them speak about disconnecting her from the machine.

Fortunately, her parents intervened and asked the doctors to leave her on life support. Some time later, she came out of this seemingly comatose condition and was able to tell the whole story about listening to the doctors speak about unplugging the machine. She now leads a productive life.

That is a prime example of what I am speaking of. We are not against ceasing medical treatment when it is useless and is adding to the suffering of the patient, but the family should take part in the decision. It should not be left strictly to the doctors and the medical caregivers.

Senator Lucier: Mr. Boram, I am sure that a lot of people share the views you have expressed and have probably arrived at the same conclusions, although perhaps for different reasons. I

[Translation]

pourraient avoir une philosophie différente. Nous devons aussi tenir compte de leurs besoins.

Comment réagissez-vous aux philosophies de ceux qui ne partagent pas vos convictions religieuses? Nous devons tenter de tenir compte des autres religions.

M. John Boram: Je sais que bien des gens ne partagent pas notre foi. Mais il y en a des milliers qui partagent cette foi et dont la voix ne sera probablement pas entendue. Certains vous auront écrit, d'autres pas, mais ils sont des milliers à partager cette foi. Ils se fondent sur l'autorité des Saintes Écritures. Le Canada est traditionnellement un pays chrétien. Je conviens qu'il y a d'autres croyances religieuses dans notre société, mais nous essayons de présenter ce qui nous paraît être la vérité, telle que révélée par les Saintes Écritures.

Je crois que le Canada a été fondé sur ces principes. Je crois également que les fondements de notre pays sont en train de s'éroder peu à peu. La decadence morale évidente partout démontre que des principes bibliques sur lesquels on s'est appuyé pendant longtemps sont en train d'être abandonnés. Nous cherchons ici à donner un coup de main aux sénateurs pour sauvegarder notre tradition.

La présidente: Au haut de la dernière page de votre mémoire, vous déclarez:

Refuser ou interrompre le traitement à la demande du patient est une pratique médicale saine acceptée au Canada. Le pendant, soit administrer des soins et poursuivre le traitement, même lorsque le médecin n'est pas d'accord, devrait être acceptable lorsque le patient, sa famille ou son représentant le demande.

Jusqu'où portez-vous cette notion? Quels types de situations avez-vous en tête?

M. John Boram: Je peux peut-être raconter une situation en particulier qui s'est produite il y a quelques années et qui se rapporte à une connaissance. Une jeune femme semblait être dans un état comateux, incapable de s'exprimer, bien entendu. Deux médecins sont venus la voir et ont discuté de la possibilité de débrancher les appareils. Elle savait de quoi ils parlaient. De plus en plus horrifiée, elle les a entendus discuter de la possibilité de la débrancher.

Heureusement, ses parents sont intervenus et ont demandé aux médecins de laisser les appareils. Un peu plus tard, elle est sortie de cet état apparemment comateux et a pu raconter qu'elle avait entendu les médecins évoquer la possibilité de la débrancher. Elle mène actuellement une vie productive.

Voilà un bel exemple de ce que je veux démontrer. Nous ne sommes pas contre l'interruption d'un traitement médical lorsqu'il est inutile et ajoute aux souffrances du patient, mais la famille devrait participer à la décision. Cette décision ne devrait pas revenir simplement aux médecins et à ceux qui donnent les soins.

Le sénateur Lucier: Monsieur Boram, je suis certain que bien des gens partagent les points de vue que vous avez exprimés et sont probablement arrivés aux mêmes conclusions, encore que

[Text]

do not believe that doctors ordinarily unplug life support machines without consulting with families.

Do you believe in capital punishment?

Mr. John Boram: Yes, we do.

Senator Lucier: Capital punishment is a form of killing. Your brief says that you do believe in it; I just wanted to confirm that.

Mr. John Boram: I have quoted Genesis 9:6 which supports that.

Senator Lucier: So killing is okay in some situations, but not in others?

Mr. John Boram: Only in that case. God put that right into the hands of government early in scripture. That is the only case in which it can be supported on scriptural grounds.

Is it permissible for David to make a comment?

The Chairman: Yes, but please be brief, Mr. Boram, because we have other people waiting.

Mr. David Boram: I appreciate the opportunity of speaking to this committee. I respect what you are doing. I have written each of you a letter, to which some of you have replied. I want to thank you for the effort you are putting into this.

I have not prepared a submission. It should be noted that we are today in the building which houses the Department of Psychiatry. I have a son who has been in this hospital twice in the last four years. He is now 27. More than once during the course of his mental illness, he spoke of suicide. Although he did not seem very serious about it, from dealing with other patients here during my twice-daily visits to my son for three months, I know the despair of people who suffer from mental illness. I do not think there is any worse suffering than that. I witnessed my mother, my grandmother and others die of cancer, but it would bring tears to one's eyes to witness the mental agony of persons with mental illness. They often think of taking their lives. It seems the only way out. They are not thinking rationally when they do it, of course. It is well known that the majority of people who think of ending their lives have a treatable mental illness.

There was an article in *The American Journal of Psychiatry* about this a year ago. I strongly suggest that you read that.

My son was only 21 when he first suffered from this illness. Most of the young people in that ward were close to his age. If euthanasia or assisted suicide were available to anyone, I fear that persons would take advantage of it, even though they could be treated.

I spoke to the staff of this hospital just before coming here and thanked them for the care they gave him. Places like this can treat people who suffer from this illness. It is not only old people who think of committing suicide. I believe that mental suffering is among the worst forms of suffering. Mentally ill people do things rashly and without control. If euthanasia or assisted suicide were made available to such people, I am sure that a lot of young people would take their lives.

[Traduction]

peut-être pour des raisons différentes. Je ne pense pas que les médecins aient l'habitude de débrancher les appareils sans consulter les familles.

Êtes-vous en faveur de la peine capitale?

M. John Boram: Oui, nous le sommes.

Le sénateur Lucier: La peine capitale est une forme d'homicide. Vous déclarez dans votre mémoire que vous êtes d'accord; je voulais simplement le confirmer.

M. John Boram: J'ai cité la Genèse 9 6, qui appuie cette idée.

Le sénateur Lucier: Par conséquent, il est acceptable de tuer dans certaines situations, mais pas dans d'autres?

M. John Boram: Seulement dans ce cas-là. Dieu a donné ce droit aux autorités très tôt dans la Bible. C'est la seule situation qui peut être appuyée par des textes bibliques.

Est-ce que David peut intervenir?

La présidente: Oui, mais soyez bref, monsieur Boram, parce que d'autres témoins attendent.

M. David Boram: Je vous remercie de me donner la parole. Je respecte votre travail. J'ai adressé une lettre à chacun de vous et certains y ont répondu. Je veux vous remercier des efforts que vous déployez dans ce domaine.

Je n'ai pas rédigé de mémoire. Je fais remarquer que nous trouvons aujourd'hui dans l'immeuble qui abrite le département de psychiatrie. J'ai un fils qui y est venu deux fois depuis quatre ans. Il a maintenant 27 ans. À plusieurs reprises au cours de sa maladie, il a parlé de suicide. Même s'il ne semblait pas très sérieux, je sais, pour avoir parlé à d'autres patients ici lorsque je suis venu rendre visite à mon fils deux fois par jour pendant trois mois, à quel point ceux qui souffrent d'une maladie mentale sont désespérés. Je ne crois pas qu'il y ait de souffrance plus grande. J'ai vu ma mère, ma grand-mère et d'autres êtres chers mourir du cancer, mais les larmes viennent aux yeux quand on voit l'agonie mentale des malades mentaux. Ils songent souvent à s'enlever la vie. Cela semble la seule issue. Ils n'ont pas toute leur tête quand ils ont ces idées, c'est certain. Il est bien connu que la plupart des personnes qui songent à mettre fin à leurs jours ont une maladie mentale curable.

Un article est paru à ce sujet dans *l'American Journal of Psychiatry* il y a un an. Je vous suggère fortement de le lire.

Mon fils n'avait que 21 ans quand il a commencé à souffrir de cette maladie. La plupart des jeunes qui se trouvaient dans la même salle avaient à peu près son âge. Si l'euthanasie ou le suicide assisté était à la portée de tout le monde, je crains que certains le demanderaient, même s'ils pourraient être traités.

J'ai parlé au personnel de l'hôpital juste avant de venir ici et je les ai remerciés des soins donnés à mon fils. Des endroits comme celui-là peuvent guérir les personnes qui souffrent de cette maladie. Il n'y a pas que les vieux à songer au suicide. Je pense que la souffrance mentale est la pire. Les malades mentaux agissent sans réfléchir et sans contrôle. Si l'euthanasie ou le suicide assisté devenait une possibilité, je suis certain qu'un grand nombre de jeunes s'enlèveraient la vie.

[Texte]

My father-in-law has Alzheimer's disease. I am quite sure that if he lived in Holland he would not be in our possession still. It has been recommended that he be put in a hospital. However, we are trying to look after him at home. The easiest way to dispose of people who seemingly have no use is to do something to terminate their lives. These people may themselves say that that is the easiest route because they seem to have no use, but every now and then their minds clear.

I thank you for the opportunity to address you.

The Chairman: Thank you for the statement, Mr. Boram.

Dr. Wallace, you may go ahead when you are ready.

Dr. Scott Wallace: I would like to thank Senator Neiman personally for her responsibility for these hearings. This is a crucial social issue which has been dodged repeatedly by our federal Parliament. These hearings present the first real opportunity for Canadians to discuss this issue on a nationwide basis.

Senator Neiman, I do not think that your efforts can be understated, whatever the outcome of these hearings.

I have submitted a brief, which I would ask be taken as read into the record, since I do not like to read a brief like a robot without commenting on what I have written. I wish to make a few comments related to my brief, and then I will be very happy to answer questions.

The Chairman: Dr. Wallace, it has been decided that briefs will not be incorporated into the record, because we have received some extremely long ones and it is difficult to arrange for their translation. Therefore, if it is important to you that your brief be on the record, I suggest that you incorporate it with your comments.

Dr. Wallace: I will make a few quick comments. This debate is much more clear-cut and specific than has been presented in this and other fora. At the outset, I will emphasize, with all the energy I have, that I am talking only about non-treatable "terminal illness" in patients who are mentally competent. Let us not drag in the red herring which I have heard over and over again. Someone in this forum yesterday said that the first person to die would be a vulnerable old woman in a nursing home. That kind of statement is preposterous.

The central question, and the reason this committee is here, is whether or not the competent, terminally ill patient has the right to choose the time and manner of dying. As the senator on my right mentioned a moment ago, Canada is a secular, democratic, multi-racial society, and a marvellous country it is.

This is not a debate over whether God gives life and only God can end life. It is not a debate about palliative care, which is a proven blessing to dying patients who happen to choose that process of dying. We are here to debate choice. Above all, it is not a debate about a Hippocratic code which is 2,400 years old. It is a debate in an era of technology and human capacities which are

[Translation]

Mon beau-père souffrait de la maladie d'Alzheimer. Je suis presque certain que s'il avait vécu en Hollande, il ne vivrait plus. Il a été recommandé de l'hospitaliser. Mais nous essayons de nous occuper de lui à la maison. La façon la plus facile de se débarrasser des gens qui semblent ne plus avoir aucune utilité, c'est de prendre des moyens pour leur enlever la vie. Ces personnes peuvent déclarer elles-mêmes que c'est la solution la plus facile, parce qu'elles semblent ne plus servir à rien, mais de temps en temps, elles ont des éclairs de lucidité.

Je vous remercie de m'avoir laissé m'adresser à vous.

La présidente: Merci de votre témoignage, monsieur Boram.

Docteur Wallace, vous pouvez commencer quand vous êtes prêt.

Le docteur Scott Wallace: J'aimerais remercier personnellement le sénateur Neiman, grandement responsable de ces audiences. Il s'agit d'une question sociale cruciale que le Parlement fédéral a esquivé à maintes reprises. Ces audiences donnent aux Canadiens la première possibilité réelle de discuter de cette question à l'échelle nationale.

Sénateur Neiman, je ne crois pas qu'on puisse sous-estimer vos efforts, peu importe l'issue de ces audiences.

J'ai présenté un mémoire, que je vous prierais d'intégrer tel quel à votre compte rendu, étant donné que je n'aime pas lire un mémoire comme un robot sans commenter ce que j'ai écrit. Je voudrais faire quelques observations concernant ce mémoire et je serai ravi de répondre aux questions.

La présidente: Docteur Wallace, il a été décidé que les mémoires ne seront pas publiés dans le compte rendu, parce que nous en avons reçu de très longs et qu'il est difficile de les faire traduire. Par conséquent, s'il est important que votre mémoire figure au compte rendu, je vous suggère de l'intégrer à vos observations.

Le docteur Wallace: Je serai bref. Le débat est beaucoup plus clair et précis que ce qu'on en dit ici et ailleurs. D'entrée de jeu, je souligne, avec toute l'énergie dont je suis capable, que je ne parle que des «maladies en phase terminale» impossibles à traiter chez des patients en possession de toutes leurs facultés. Ne nous laissons pas égarer par les remarques que j'ai entendues si souvent. Quelqu'un a déclaré ici hier que la première personne à mourir serait la vieille dame vulnérable dans un centre d'accueil. Ce genre d'affirmation est absurde.

La question cruciale, et la raison pour laquelle le comité est ici, est de savoir si le patient lucide en phase terminale a le droit de choisir le moment et la façon de mourir. Comme l'a déclaré le sénateur à ma droite il y a un moment, le Canada est une société laïque, démocratique et multiraciale; un merveilleux pays s'il en est.

Ce débat ne porte pas sur la question de savoir si Dieu donne la vie et est le seul à pouvoir la reprendre. Ce n'est pas un débat sur la valeur des soins palliatifs, qui est bien démontrée et très précieuse pour les personnes mourantes qui choisissent cette façon de mourir. Nous sommes ici pour débattre d'un choix. Par-dessus tout, ce n'est pas un débat sur le serment d'Hippocrate, qui

[Text]

quite frightening, since any one of us can be kept alive under almost any condition, regardless of our future health.

In 1983, the Law Reform Commission of Canada held hearings and published a document, which is available from the federal library, entitled, *Euthanasia: Aiding Suicide and Cessation of Treatment*. I would like to quote from page 37 of that document under "Personal autonomy and self-determination."

Law must also recognize, as it now does implicitly, the principle of personal autonomy and self-determination, the right of every human being to have his wishes respected in decisions involving his own body. It is essential to recognize that every human being is, in principle, master of his own destiny. He may, of course, for moral or religious reasons, impose restrictions or limits on his own right of self-determination. However, these limits must not be imposed on him by the law except in cases where the exercise of this right is likely to affect public order or the rights of others.

Unfortunately, the Law Reform Commission chickened out when it came to make recommendations, because, on this particular issue, they decided that since prosecutions are rarely laid, and since the person usually gets a suspended sentence, they see no reason to change the law. If that is not putting the cart before the horse, I do not know what it is. I would suggest rather that if we have a law which is rarely used, and when it is used it is a tap-on-the-wrist penalty, then we do not need that law.

As Mr. Ogden said, this committee also has a very difficult task in knowing that we have a law which is being flaunted. Many people simply seem to be suggesting a "nudge-nudge wink-wink" approach to how doctors should deal with patients whom they would like to assist through the harrowing process of dying.

Regardless of their limitations, and connected to the thought that we are a secular society with many different races and religions, one simply cannot ignore polls that have been taken in this country, the most recent of which showed that 74 per cent of Canadians favour some change in the existing laws. I believe that in the province of Quebec that figure was closer to 80 per cent.

On the subject of withdrawal of treatment, as a doctor, I am insulted by the implication that one would ever pull the plug on a patient without the most heart-rending discussions with relatives. I have an absolutely gut-wrenching personal experience in that matter. My young partner in practice, who had three young children, was rear-ended by a vehicle driven by a man who should not have been driving because he had epileptic seizures. My young partner ended up brain dead in the Jubilee Hospital.

Therefore, it is difficult to listen to someone suggest that doctors have become so insensitive, so lacking in morals, that they would take an action of this kind without the most pervasive

[Traduction]

remonte à 2 400 ans. C'est un débat dans un monde où la technologie et les capacités humaines ont de quoi effrayer, étant donné que chacun de nous peut être maintenu en vie dans presque n'importe quel état, peu importe notre santé future.

En 1983, la Commission de réforme du droit du Canada a tenu des audiences et publié un document, que l'on peut se procurer à la bibliothèque fédérale, intitulé *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*. J'aimerais citer un extrait de la page 42, sous le titre «L'autonomie et l'autodétermination de la personne».

La loi doit aussi reconnaître, comme elle le fait d'ailleurs à l'heure actuelle de façon implicite, le principe de l'autonomie et de l'autodétermination de la personne, c'est-à-dire le droit de chaque être humain de voir sa volonté respectée lorsqu'il s'agit de décisions portant sur son corps. Il faut admettre, à notre avis, que chaque être humain est en principe maître de sa propre destinée. Il est libre toutefois, pour des raisons morales ou religieuses, de s'imposer des restrictions ou des limites à son droit d'autodétermination. Là n'est pas la question. Ces limites ne doivent pas lui être imposées par la loi en dehors des hypothèses où l'exercice de ce droit est susceptible de nuire à l'ordre public ou aux droits des autres, par exemple, de constituer une menace pour la vie ou la sécurité d'autrui.

Malheureusement, la Commission de réforme du droit a reculé lorsqu'elle a fait ses recommandations, car elle a décidé que, puisque des poursuites sont rarement intentées et puisque la peine est habituellement suspendue, elle ne voyait aucune raison de modifier la loi. Si ce n'est pas mettre la charrue devant les boeufs, qu'est-ce que c'est? Je crois plutôt que si nous avons une loi qui est rarement invoquée et si elle aboutit à des peines ridicules lorsqu'elle l'est, alors nous n'en avons pas besoin.

Comme l'a déclaré M. Ogden, le comité a aussi une tâche très difficile, car il sait qu'on se moque de la loi. Bien des gens semblent suggérer simplement de fermer les yeux sur la façon dont les médecins devraient s'occuper des patients qu'ils aimeraient aider à franchir l'étape déchirante de la mort.

Peu importe leurs limites, et sans oublier que nous sommes une société laïque formée de diverses races et diverses religions, on ne peut tout simplement pas ne pas tenir compte des sondages menés au pays, dont le plus récent révèle que 74 p. 100 des Canadiens sont en faveur d'une modification des lois actuelles. Je pense qu'au Québec le taux s'approche de 80 p. 100.

Au sujet de l'interruption du traitement, en tant que médecin, je suis insulté par l'implication qu'on pourrait débrancher un patient sans en avoir discuté longuement avec la famille. J'ai vécu une expérience tout à fait poignante à cet égard. Mon jeune associé, qui avait trois jeunes enfants, a été frappé en voiture par un homme qui n'aurait pas dû conduire parce qu'il avait des crises d'épilepsie. Mon jeune associé s'est retrouvé à l'hôpital Jubilee en état de mort cérébrale.

Il est donc difficile d'entendre quelqu'un insinuer que les médecins sont devenus si insensibles, si dépourvus de toute morale, qu'ils prendraient une décision de ce genre sans en

[Texte]

discussion with relatives. I am sure that there is not one doctor in the 30,000 in this country who would do that.

It is worth discussing the semantics of this debate. If I were a lawyer defending someone in court and I based my case on hair-splitting, pinhead pictures of what is happening, I would win very few cases. That applies to various of the examples that have been quoted.

I have read virtually all the transcripts of submissions by witnesses to this committee. One witness finally acknowledged that, of course, palliative care is not the answer to all problems, but he said that patients who have intolerable pain can be put to sleep and wakened only to eat, and that somehow or other that is quite acceptable and, in the most hair-splitting way, is not assisted suicide.

I hope this committee will make it plain in its report to the public of Canada that a great deal of assisted suicide is already occurring. I am sure Senator Keon is well aware that approximately 70 per cent of all deaths in intensive care units are the result of withdrawal of treatment after discussion with personnel and relatives.

In the Nancy B case in Quebec, the judge got around the difficult issue of pulling the plug on a lady in her twenties, who would be alive today, and who might have been alive 10 years from now, had they not pulled the plug. He justified his action by stating that this was merely letting nature take its course. Again, I wonder what words really mean.

That is why I quoted *Alice Through the Looking Glass* in my brief. I was not trying to be funny about a serious subject. I was trying to get the message out that we have so much pussyfooting around about what goes on, what it really means, and why it is done, that it is time we made some more specific recommendations, if only with definitions, to deal with this matter of semantics, or at least to simplify it.

The case of Sue Rodriguez went through three levels of court. In the first court of appeal, the decision was 2:1 against her request. In the Supreme Court, it was 5:4 against. In a chance conversation I had with Chief Justice Lamer, he favoured meeting Sue Rodriguez's request. He reiterated to me a view which he had previously stated publicly. He said, "When 50 per cent of the public find some social act acceptable, it cannot be a crime."

King George V, no less, was put to death, or killed, as so many people want to put it in this forum. I always thought killing meant taking a life when the person still wanted to live, but maybe that is a too simplistic Scottish understanding.

The biography of Lord Dawson of Penn makes it very clear that the king might have lasted many more hours. Apparently, the royal family approved of giving him a fatal injection. I do not know how many hours he would have lived. This raises the very

[Translation]

discuter à fond avec la famille. Je suis convaincu qu'aucun des 30 000 médecins du pays n'agirait ainsi.

Il est utile de discuter de la sémantique du débat. Si j'étais un avocat devant défendre un accusé et que je fondais ma défense sur une description pointilleuse de la situation en coupant les cheveux en quatre, je remporterais quelques causes. Cela s'applique aux divers exemples que j'ai cités.

J'ai lu presque toutes les transcriptions des témoignages entendus par le comité. Un témoin a fini par reconnaître que, bien entendu, les soins palliatifs ne sont pas la solution à tous les problèmes, mais il a ajouté que les patients dont la souffrance est intolérable peuvent être endormis et réveillés uniquement pour manger et que, jusqu'à un certain point, ce comportement est acceptable et que, si l'on coupe les cheveux en quatre, il ne s'agit pas d'un suicide assisté.

J'espère que le comité déclarera clairement dans son rapport au public canadien qu'il y a déjà des suicides assistés au Canada. Je suis convaincu que le sénateur Keon sait très bien qu'environ 70 p. 100 de tous les décès dans les unités de soins intensifs résultent de l'interruption d'un traitement après en avoir discuté avec le personnel et la famille.

Dans l'affaire Nancy B au Québec, le juge a contourné la question difficile de l'interruption des traitements dans le cas d'une jeune dame dans la vingtaine, qui vivrait encore aujourd'hui et qui aurait peut-être été encore en vie dans dix ans si on ne l'avait pas débranchée. Il a justifié sa décision en déclarant qu'on laissait tout simplement la nature suivre son cours. Là encore, je m'interroge sur le sens des mots.

Voilà pourquoi j'ai cité *Alice à travers le miroir* dans mon mémoire. Je n'essayais pas de blaguer sur un sujet sérieux. J'essayais de faire comprendre que nous avons tellement tenté de ne pas nous mouiller face à ce qui arrive, à ce que cela veut dire et pourquoi on agit ainsi que le moment est venu de faire des recommandations précises, ne serait-ce que pour donner des définitions, afin de régler cette question de sémantique ou tout au moins de la simplifier.

L'affaire Sue Rodriguez a été entendue par trois paliers de justice. À la première cour d'appel la décision a été de 2 contre 1 contre la demande de Mme Rodriguez. À la Cour suprême, elle a été de 5 contre 4. Dans une conversation inopinée que j'ai eue avec le juge en chef Lamer, ce dernier a déclaré avoir été en faveur de la demande de Sue Rodriguez. Il m'a répété un point de vue qu'il avait déjà exprimé publiquement. Il a déclaré que lorsque 50 p. 100 de la population considère qu'un acte social particulier est acceptable, cet acte ne peut constituer un crime.

Nul autre que le roi George V a été mis à mort, ou tué, pour reprendre un terme si cher à tant de témoins. J'ai toujours pensé que tuer voulait dire enlever la vie de quelqu'un qui voulait encore vivre, mais c'est peut-être une vision écossaise trop simpliste.

La biographie de Lord Dawson of Penn révèle clairement que le roi aurait pu vivre encore de nombreuses heures. Apparemment, la famille royale a accepté qu'on administre l'injection mortelle. Je ne sais pas combien d'heures il aurait pu vivre. Cela soulève la

[Text]

difficult issue of what is considered treatment and what is considered administering an overdose. If the morphine was given to King George V hours before he would have died, would it be wrong to have given it one day before he died, or two days, or two weeks, or two months? That reminded me of the Scottish lady who thought she was only slightly pregnant. That is the same kind of play on words which is confusing this whole debate.

I also want to take issue with the previous witnesses on the business of the sacred nature of life, that life is sacrosanct and that God gives life and God takes life. When such a definition becomes policy, it denies a dying patient the right to choose when the quality of living, or merely existing, is unacceptable to that individual. Each competent dying patient has his or her own perception as to when the point has been reached that death would be welcome, whether because of physical, emotional, psychological or spiritual factors. After 37 years of practice, I cannot even guess at the number of dying patients who have said to me, "I am ready to go," for one or all of the above reasons.

When the quality of living of each dying patient reaches that point, as it did for Sue Rodriguez, do those who enjoy good health and have never faced any of the miseries which accompany dying have the right to prolong further suffering by the patient because all human life, by their definition, is sacrosanct? With all due respect, I think a rigid judgment to be imposed on the rest of us is more sanctimonious than sacrosanct.

A French physician summed up the role of doctors as being "to cure occasionally, to relieve often, and to comfort always". I wish to expand on the phrase "to comfort always." As the committee must by now be well aware from presentations, many people appear to conclude that relief of pain of the dying patient, which is indeed the major goal of palliative care, also achieves the goal of providing comfort to the patient. Time and time again we hear, almost tediously, that better drugs and better methods of administration are providing better control of pain. I have no argument with that claim, nor do I doubt its accuracy. However, the pre-eminent emphasis on pain control seems to leave many of the other distressing aspects of the dying process relegated to secondary significance.

To put it more bluntly, the process of dying may involve some of the most miserable and distressing sensations known to man, such as jaundice with intolerable itching, insomnia, hallucinations, constant incurable hiccoughs, inability to swallow, paralysis of muscle groups requiring the insertion of multiple tubes, intense nausea and vomiting, incontinence, sometimes with fistulas and vomiting of faeces, just to name a few. Many drugs frequently cause their own distressing side-effects. I am also rather amused by the phrase I hear so often, "First, do no harm", and I can enlarge on that. However, accompanying these debilitating and demoralizing symptoms is the loss of dignity, self-esteem and privacy which comes from depending entirely on others to manage each and every aspect of one's bodily and mental needs, 24 hours a day.

[Traduction]

question très délicate de savoir ce qui est considéré comme un traitement et ce qui est considéré comme une surdose. Si la morphine a été administrée au roi George V des heures avant sa mort, y aurait-il eu du mal à l'administrer un jour, deux jours, deux semaines ou deux mois plus tôt? Cela me rappelle l'histoire de la dame écossaise qui pensait qu'elle était un peu enceinte. C'est en jouant ainsi avec les mots qu'on rend le débat si confus.

Je conteste également la déclaration des témoins précédents au sujet du caractère sacré de la vie, du fait que la vie est sacrée et que Dieu la donne et la reprend. Quand une telle définition devient politique, elle nie au patient le droit de choisir le moment où la qualité de sa vie, ou le simple fait d'exister, devient inacceptable à ses yeux. Chaque patient en possession de ses facultés a sa propre perception du moment où la mort serait souhaitable, que se soit à cause de facteurs physiques, émotifs, psychologiques ou spirituels. Après 37 ans de médecine, je ne peux dire le nombre de patients qui m'ont déclaré: «Je suis prêt à partir», pour l'un ou l'autre de ces motifs.

Lorsque la qualité de vie de chaque mourant a atteint ce stade, comme ce fut le cas pour Sue Rodriguez, est-ce que les personnes en bonne santé et qui n'ont jamais eu à faire face à toutes les souffrances qui accompagnent la mort ont le droit de prolonger la souffrance sous prétexte que toute vie humaine, d'après leur définition, est sacrée? Avec respect, je pense qu'imposer un jugement aussi catégorique au reste du monde donne à ceux qui le professent un air faussement pieux.

Un médecin français a résumé le rôle du médecin en ces termes: «Guérir rarement, secourir souvent, soulager toujours». Comme le comité en est sans doute déjà très bien conscient après avoir entendu tant de témoignages, bien des gens semblent conclure que le fait d'apaiser la douleur du mourant, ce qui devrait constituer le but principal des soins palliatifs, contribue aussi à le soulager. Nous entendons dire constamment et presque fastidieusement que de meilleurs médicaments et de meilleures façons de les administrer permettent de mieux maîtriser la douleur. Je n'ai aucun argument à opposer à cela ni aucun doute quant à la véracité de cette affirmation. Mais à trop insister sur le soulagement de la douleur, on semble avoir relégué au second plan un grand nombre d'aspects pénibles de l'agonie.

Pour dire les choses franchement, l'agonie peut comporter certaines des sensations les plus déplorables et les plus pénibles que peut connaître l'être humain, par exemple l'ictère accompagné de démangeaisons intolérables, l'insomnie, les hallucinations, un hoquet constant incurable, l'incapacité d'avaler, la paralysie de certains groupes musculaires qui nécessite l'insertion de nombreux tubes, une nausée et des vomissements intenses, l'incontinence fécale et urinaire, accompagnée parfois de fistules ou de vomissements, pour n'en nommer que quelques-unes. Beaucoup de médicaments ont souvent leurs propres effets secondaires pénibles. Je suis aussi plutôt amusé par l'expression «d'abord, ne fais aucun mal» et je peux m'expliquer. Mais ces symptômes débilitants et démoralisants s'accompagnent d'une perte de dignité, d'amour propre et d'intimité qui découle du fait qu'on dépend entièrement des autres pour ses besoins physiques et mentaux, 24 heures par jour.

[Texte]

Those who assert that improved pain control has solved the medical problems which face the dying are misleading this committee and the public, since many unfortunate individuals such as AIDS victims succumb to a most distressing and protracted death, despite the so-called wonder drugs and many of the excesses of modern medical technology.

Putting aside for the moment the right of the individual to choose, which is what I am here to promote, the only valid objection to legalizing euthanasia is the fear of abuse of vulnerable patients, those physically or mentally disabled, the incompetent, the confused and uninformed patients whom one would find in large numbers in chronic care facilities.

I fully recognize, and I agree, that there would be a risk of abuse. However, to make my personal view clear again, I am seeking Criminal Code changes which would apply only to competent, informed dying patients who request, on more than one occasion, that they be helped to die at the time of their choosing. I am opposed to any changes which might expose incompetent, vulnerable patients, such as those with Alzheimer's disease or other forms of dementia, to assisted dying based on the decision of others.

Various proposals for safeguards against abuse have been presented to this committee, and the need for such safeguards is paramount to any change in legislation. Because of the many different forms these regulations might take, this is a subject in itself which requires further detailed assessment. The function of this committee, however, is primarily to decide on the fundamental issue of whether competent dying patients should have the right to choose the time and manner of their dying, given that a system of safeguards against abuse is put in place.

My personal view is that this issue is largely a matter between the patient and the family doctor, with at least one additional medical consultant, and the fullest possible participation of the relatives closest to the patient. I recognize the uneasiness which many people have expressed about ensuring the adequacy of safeguards, and I personally would readily accept further measures involving additional parties and the fullest documentation as regulations accompanying the changes in the Criminal Code.

The other argument which insists that the dangers of abuse are so great as to preclude legalizing euthanasia is surely invalid, if only on the grounds that no legislation would ever be written if the initial presumption were that such legislation would be abused. A huge number of persons are abusing the privilege of driving automobiles by killing thousands of innocent victims annually, but that is hardly grounds to preclude progressive legislation whereby the toll of fatalities might be reduced, the campaign against drinking and driving being a timely example.

[Translation]

Ceux qui affirment qu'un meilleur soulagement de la douleur a réglé les problèmes médicaux auxquels font face les mourants trompent le comité et le public, parce que de nombreux malheureux, comme les victimes du sida, succombent à une mort très pénible et prolongée, en dépit de ces soi-disant médicaments miracles et de tous les excès de la technologie médicale moderne.

Mettant de côté pour un moment le droit de chaque personne de choisir, que je suis venu défendre ici, la seule objection valable à la légalisation de l'euthanasie est la crainte que l'on abuse des patients vulnérables, des handicapés physiques ou mentaux, de ceux qui n'ont plus toutes leurs facultés, des patients confus et mal informés que l'on trouve en grand nombre dans les établissements de soins de longue durée.

Je reconnais pleinement et je conviens qu'il y aurait là un risque d'abus. Mais pour exprimer clairement à nouveau mon opinion personnelle, je demande que les modifications à apporter au Code criminel s'appliquent uniquement aux patients lucides, informés, qui sont au stade de la mort et qui demandent à plus d'une occasion qu'on les aide à mourir au moment choisi par eux. Je suis opposé à toute modification qui pourrait faire en sorte que des patients inaptes, vulnérables, comme ceux atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, fassent l'objet d'une mort assistée par suite de la décision prise par d'autres personnes.

Diverses propositions visant à prévenir les abus ont été présentées au comité. La nécessité de ces mesures de protection est primordiale à toute modification de la loi. Étant donné les nombreuses formes différentes que pourraient prendre ces règlements, c'est là un sujet qui exige un examen plus approfondi. Mais la tâche de votre comité est essentiellement de trancher la question fondamentale de savoir si les mourants qui sont en possession de leurs facultés devraient avoir le droit de choisir le moment et la façon de mourir, compte tenu de la mise en place d'un système de mesures de protection pour prévenir les abus.

Mon opinion personnelle est que cette question doit être en grande partie réglée par le patient et son médecin de famille, avec l'avis d'au moins un autre consultant médical et la participation entière des plus proches parents du patient. Je reconnais le malaise que de nombreuses personnes ont exprimé en ce qui a trait à la façon de veiller à ce que des mesures de protection adéquates soient mises en place pour prévenir les abus et j'accepterais volontiers l'adoption d'autres mesures, dont l'intervention d'autres parties et une documentation plus détaillée, en guise de règlements accompagnant les modifications à apporter au Code criminel.

L'autre argument, selon lequel les risques d'abus sont si grands qu'ils nous empêchent de légaliser l'euthanasie, est sans fondement, ne serait-ce que parce qu'aucune législation ne serait jamais rédigée si l'on présumait au point de départ que la loi donnera lieu à des abus. Un grand nombre de personnes abusent du privilège de conduire une automobile en tuant des milliers de victimes innocentes chaque année, mais cela ne constitue pas vraiment un argument pour faire obstacle à l'adoption de mesures législatives progressives visant à réduire le nombre de mortalités, dont la campagne menée contre l'alcool au volant est un bon exemple.

[Text]

Indeed, there are risks of abuse if euthanasia is legalized, but let us not forget the rights of that minority who wish to choose the time of their exit in order to avoid a prolonged and miserable dying process. In balance, I believe the benefits to that minority outweigh the risks to the total community.

I regret that I do not have the figures from Holland, but a journalist who is writing articles for the *Toronto Star* tells me they will not be published until mid-October.

Thank you, Madam Chair.

The Chairman: Thank you, Dr. Wallace.

Senator Keon: Dr. Wallace, you have certainly made your position on the subject very clear. As a practitioner with long-standing relationships with a number of patients, would you be comfortable in euthanizing a patient whom you had known for a long time if society recommended that that patient be euthanized?

Dr. Wallace: The length of time you have known a patient is a fundamental element in this debate. If I have known the person for 20 or 30 years, I would be more likely to understand how valid, sincere, and passionate that request was. I would be much less comfortable in situations in which I have not previously been familiar with the patient or the family. I stress that this is equally a family decision, in most cases. However, since one can never accede to the request anyway, we usually pussyfoot around, and nothing else gets done.

You asked me whether, if the law were changed, I would feel comfortable meeting the request of a patient whom I had known for a long time. The answer is yes.

Senator Keon: Do you think the medical profession should accept the responsibility for the execution of these acts, if society decides that this is the way it will be?

Dr. Wallace: First, I believe that in the case of a competent, informed patient dying of an non-treatable illness, doctors should be the ones to reach the decision. However, changes in the legislation would only provide options to doctors and no obligation, in the same way that abortion has been handled in this country.

It may interest you to know that I have never done abortions, and chose not to do them. However, if a woman came to my office seeking an abortion, I would refer her to someone who was agreeable to doing them.

I see no difficulty in preserving the integrity of doctors who wish to have nothing whatever to do with assisted suicide and euthanasia. They should have the freedom to make their choice in the same way that the patient is making his or her choice.

Senator Beaudoin: I wish to go back to the question of semantics. I understand your concern about too much semantics. We obviously have a difficult problem before us. If we want this report to be useful, we will have to use certain defined terminology at the beginning of it in order that people will be

[Traduction]

De fait, il y a des risques d'abus si l'euthanasie est légalisée, mais n'oublions pas les droits de cette minorité de personnes qui souhaitent choisir le moment de leur décès afin d'éviter une agonie prolongée et misérable. Dans l'ensemble, je crois que les avantages qu'en tirerait cette minorité seraient plus importants que les risques auxquels serait exposée la collectivité dans son ensemble.

Je regrette de ne pas avoir les statistiques pour la Hollande, mais un journaliste qui est en train d'écrire des articles pour le *Toronto Star* me dit qu'elles ne seront pas publiées avant la mi-octobre.

Merci, madame la présidente.

La présidente: Merci, docteur Wallace.

Le sénateur Keon: Docteur Wallace, vous avez certainement exprimé très clairement votre point de vue sur la question. En tant que médecin qui suit des patients depuis très longtemps, seriez-vous à l'aise pour euthanasier un patient que vous connaissez depuis des années, si la société recommandait l'euthanasie de ce patient?

Le docteur Wallace: La durée de la relation avec le patient joue un rôle fondamental dans ce débat. Si je connais la personne depuis 20 ou 30 ans, je serai plus porté à comprendre la validité, la sincérité et l'émotivité de la demande. Je serais beaucoup moins à l'aise si je ne connaissais pas déjà le patient ou sa famille. Je souligne que c'est aussi une décision familiale, la plupart du temps. Mais puisque nous ne pouvons jamais exaucer la demande, de toutes façons, nous essayons habituellement de ne pas nous mouiller et nous piétons.

Vous m'avez demandé si, advenant le cas où la loi serait changée, je serais à l'aise pour exaucer la demande d'un patient que je connais depuis longtemps. La réponse est oui.

Le sénateur Keon: Pensez-vous que les médecins devraient accepter la responsabilité de l'exécution de ces actes, si la société décide qu'il en sera ainsi?

Le docteur Wallace: Premièrement, je pense que dans le cas d'un patient lucide et informé, en train de mourir d'une maladie incurable, les médecins devraient prendre la décision. Mais les modifications apportées à la loi ne donneraient que des choix aux médecins, elles n'imposeraient aucune obligation, un peu comme on le fait pour l'avortement au pays.

Vous serez peut-être intéressés d'apprendre que je n'ai jamais fait d'avortements et que j'ai choisi de ne pas en faire. Mais lorsqu'une femme venait me voir afin de se faire avorter, je l'envoyais voir un médecin qui acceptait de faire des avortements.

Je ne vois aucune difficulté à préserver l'intégrité des médecins qui souhaitent éviter tout rapport avec le suicide assisté et l'euthanasie. Ils devraient être libres de faire leur choix, tout comme le patient fait son choix.

Le sénateur Beaudoin: Je voudrais revenir à la sémantique. Je comprends vos préoccupations à ce sujet. Nous avons sans conteste un problème délicat à régler. Si nous voulons que notre rapport soit utile, nous devons définir d'abord la terminologie afin que les gens puissent suivre notre raisonnement. Il n'y a pas

[Texte]

able to follow its reasoning. There is no global solution. Whether we choose to recommend the legalization of euthanasia and assisted suicide or refuse to do that, we have to explain why we reached our conclusion.

Obviously, "withdrawal of apparatus" and "refusal of treatment" are a little bit different, and "assisted suicide" is not exactly the same as "withdrawal of apparatus". Even some experts who appeared before us said there is a difference between assisted suicide and euthanasia.

We have to deal with each problem. We will have to refer to the Sue Rodriguez case, the Nancy B case, and others like that. Dr. Kluge and Dr. Dickens, who advocated amending the Criminal Code of Canada, presented us with a text, as did other jurists. Since there is no global and unique solution, we have to make a lot of distinctions.

I believe that we have no choice, and I would like to hear your reaction to that.

Dr. Wallace: My comments were intended to express the hope that in your report there would be some absolutely frank and honest statements to the effect that we are using certain words to condone what would otherwise be illegal. The nature of the action is so infinitesimally close to the actual final act which produces a person's dying, that, totally dependent on safeguards, would it not be simpler to find one umbrella phrase for all these different phrases? The so-called legal ones are constantly said to relieve suffering and the illegal ones to cause death.

When someone asks me to help them to get on with it, my only recourse is to increase the dose of medication. I am the one who is on the double edge. If a nurse on the floor suggests that my intention was to kill the patient and I have to argue that I was simply trying to comfort him, what kind of climate does that create for a family doctor to practice what I consider to be the most important care that you ever give to your patients?

You may be right. Maybe a global word or an umbrella phrase is too difficult to pin down, but I think there is a lot of hypocrisy involved. It seems to revolve around whether I can prove to a court or a judge what my intent was when I gave someone "X" milligrams of morphine. I do not think it has to be that difficult if we draft the legislation properly and provide the safeguards.

Senator Beaudoin: If legislation is an art, good legislation contains no more or less words than necessary, and using the usual meaning of the words. It takes time to do that beautifully, but it is possible.

Dr. Wallace: Indeed, but my basic view of this is fairly clear-cut; that is, that each of us is master of our own fate and we have the right to choose our own demise. With respect, I hope your report will be clear on whether the committee believes that that is a reasonable approach. If the committee is split, let the public know that. There is so much evasiveness and pussyfooting

[Translation]

de solution globale. Que nous choisissons de recommander la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté ou que nous refusons de le faire, nous devons expliquer comment nous sommes arrivés à nos conclusions.

Il va de soi que le «retrait d'un appareil» et le «refus d'un traitement» ne sont pas tout à fait la même chose et que «suicide assisté» ne veut pas tout à fait dire «retrait d'un appareil». Même quelques experts qui ont comparu devant nous ont déclaré qu'il y a une différence entre le suicide assisté et l'euthanasie.

Nous devons nous attaquer à chacun des problèmes. Nous devons nous reporter à l'affaire Sue Rodriguez, à l'affaire Nancy B et à d'autres cas du genre. Les docteurs Kluge et Dickens, qui ont recommandé de modifier le Code criminel du Canada, nous ont proposé un texte, tout comme d'autres juristes. Étant donné qu'il n'y a pas de solution globale et unique, nous devons faire un grand nombre de distinctions.

Je crois que nous n'avons pas le choix et j'aimerais connaître votre opinion à ce sujet.

Le docteur Wallace: Mes remarques visaient à exprimer l'espoir qu'il y ait dans votre rapport des déclarations tout à fait franches et honnêtes précisant que certains termes sont employés pour pardonner des actes qui, autrement, seraient illégaux. La nature de l'acte est tellement près de l'acte final qui provoque le décès du mourant que, à condition de prendre des mesures de précaution, on peut se demander s'il ne serait pas plus simple de trouver un terme passe-partout qui engloberait toutes ces expressions. Les termes juridiques sont toujours «soulager la douleur» pour désigner ce qui est légal, et «causer la mort» pour désigner ce qui est illégal.

Lorsque quelqu'un me demande de l'assister à mourir, mon seul recours c'est d'accroître la dose de médicaments. Je suis sur la corde raide. Si une infirmière de l'étage laisse entendre que j'avais l'intention de tuer le patient et que je soutiens que j'essayais simplement de le soulager, quel genre de climat cela crée-t-il pour un médecin de famille qui veut apporter l'assistance qu'il juge la plus importante pour ses patients?

Vous avez peut-être raison. Il est peut-être trop difficile de trouver un terme global ou passe-partout, mais je pense qu'il y a beaucoup d'hypocrisie. Il me semble que tout tourne autour de la capacité de prouver à un tribunal ou à un juge quelle était mon intention lorsque j'ai administré à quelqu'un tant de grammes de morphine. Je ne crois pas que ce doive être si compliqué si la loi est rédigée correctement et prévoit les mesures de précaution nécessaires.

Le sénateur Beaudoin: Si légiférer est un art, une bonne loi ne contient pas plus ni moins de mots qu'il ne faut et les mots sont employés dans leur sens courant. Il faut du temps pour y parvenir, mais c'est possible.

Le docteur Wallace: En effet, mais ma conviction profonde à ce sujet est assez claire; chacun de nous est maître de sa destinée et nous avons le droit de décider de notre mort. J'espère que votre rapport indiquera clairement si votre comité juge cette opinion acceptable. Si le comité est partagé, que le public le sache. Il y a tant de faux-fuyants et de réserves dans ce domaine. J'espère que

[Text]

on this subject. I hope that Senator Neiman's initiative will finally at least give us a debate, whether or not we will like the outcome.

Senator Perrault: A number of questions arise out of your paper, Dr. Wallace. You see no shattering of the doctor-patient relationship, if members of the medical profession are to assist with euthanasia?

Dr. Wallace: No, I do not.

Senator Perrault: I ask this question because we heard testimony yesterday from someone from Holland who said that many doctors are paid fees by the families of persons whom they want to have euthanized, in order that they can access their estates.

Is it a good idea to have doctors involved, in a professional way, with the process of shortening the lives of those who are suffering?

Dr. Wallace: I had not thought that that danger was as likely as others. We can talk about that if you wish, but I believe that very few, if any, doctors in Canada are of such poor moral stature that they would accept a bribe to get rid of Granddad, or whatever the case might be. When I was in politics, I was often accused of being frightfully naive. I came to this country in 1957, and I have practised in two different provinces. I do not see that as a danger, but I would accept the concern of others.

Senator Perrault: You stated that dramatic advances in science and technology have totally changed the face of medical practice. That is confirmed by other medical witnesses here who say that it is now possible to eliminate virtually 100 per cent of the bodily pain and suffering. Do you not agree with that?

Dr. Wallace: No, I do not believe that. You tell me how to alleviate the pain of metastatic disease around the spinal cord without putting the patient to sleep or anaesthetizing him.

Senator Perrault: You say:

The question we must address is whether the dying person has the right, in the face of so many fruitless technologies which merely prolong the process of dying. . .

Can you give us an example of a fruitless technology?

Second, do you know of any cases in which death has been unduly prolonged because of the implementation of these fruitless technologies?

Dr. Wallace: I am thinking of cases like Nancy B, although that is not a good example, because she was a young person. I acknowledge the concern expressed by the previous witness about his son who has a treatable illness. You can too readily generalize.

When I say "fruitless appliances", I refer to all the tubes in the various orifices. You can now die in this country with a tube in every orifice. While that may sustain the person's existence, and while it may comfort one of their various symptoms, the

[Traduction]

l'initiative du sénateur Neiman nous permettra au moins de débattre de la question, que nous en aimions l'issue ou non.

Le sénateur Perrault: Votre mémoire soulève un certain nombre des questions, docteur Wallace. Vous ne prévoyez pas d'éclatement de la relation médecin-patient, si des membres de la profession médicale doivent participer à l'euthanasie?

Le docteur Wallace: Non, je ne le crois pas.

Le sénateur Perrault: Je pose la question parce que nous avons entendu hier un témoin déclarer qu'en Hollande beaucoup de médecins sont payés par les familles afin qu'un parent soit euthanasié et qu'elles puissent mettre la main sur l'héritage.

Est-ce une bonne idée de faire participer les médecins, à un niveau professionnel, au processus qui abrège les jours de ceux qui souffrent?

Le docteur Wallace: Je n'ai pas pensé que ce danger serait aussi probable que d'autres. Nous pouvons en parler si vous le voulez, mais je crois que très peu, s'il en est, de médecins au Canada ont si peu de morale qu'ils accepteraient un pot-de-vin pour se débarrasser de grand-papa ou de qui que ce soit. Quand j'étais en politique, on m'accusait souvent d'être terriblement naïf. Je suis arrivé dans ce pays en 1957 et j'ai exercé dans deux provinces. Je ne crois pas que ce soit un danger, mais j'accepte que d'autres puissent s'en inquiéter.

Le sénateur Perrault: Vous avez déclaré que les progrès spectaculaires des sciences et de la technologie ont changé radicalement la pratique médicale. D'autres témoins médecins l'ont confirmé. Ils ont déclaré qu'il est désormais possible d'éliminer presque complètement la douleur et la souffrance physiques. Êtes-vous d'accord?

Le docteur Wallace: Non, je n'en crois rien. Dites-moi comment soulager la douleur que provoquent des métastases à la colonne sans endormir le patient ou sans l'anesthésier.

Le sénateur Perrault: Vous affirmez:

Le problème auquel nous devons nous attaquer est de déterminer si la personne mourante a le droit, en présence d'un si grand nombre de technologies inutiles qui ne font que prolonger le processus de la mort [. . .]

Pouvez-vous nous donner un exemple de technologie inutile?

Deuxièmement, connaissez-vous des cas où la mort a été prolongée indûment à cause de ces technologies inutiles?

Le docteur Wallace: Je pense à des cas comme celui de Nancy B, encore que ce ne soit pas un bon exemple, parce qu'elle était jeune. J'accepte les préoccupations du témoin précédent au sujet de son fils qui a une maladie guérissable. Il est facile de généraliser trop rapidement.

Quand je parle d'«appareils inutiles», je désigne tous les tubes dans les divers orifices. Il est possible maintenant de mourir en ayant un tube dans chaque orifice. Même si cela peut maintenir une personne en vie et soulager un des divers symptômes, les

[Texte]

side-effects of some of the drugs are overlooked in the discussion of palliative care.

I know a young man with Hodgkin's disease. He is in and out of hospital and is getting it under control, but on one occasion when he had pain, they gave him morphine and he told me that he experienced the worst hallucinations you could imagine. When he goes back to hospital, there is absolutely no way he is going to let anyone give him morphine.

This tends to get overlooked. Everyone has been given a soothing impression that no matter what kind of symptoms you have, there is a drug, pill or appliance that will fix it. That is not so.

Senator Perrault: I appreciate your view on that. You have kind words for palliative care, but you say the committee is spending too much time dwelling on the alleged benefits of palliative care.

When you attended medical school in Great Britain, did they have courses in palliative care?

Dr. Wallace: No.

Senator Perrault: Are you an expert in that field?

Dr. Wallace: No, I am not an expert in that field.

Senator Perrault: Do you think enough members of the medical profession are involved in palliative care or have a knowledge of it?

Dr. Wallace: There is no simple answer to that. I have to speak about what I know. I have only practised in one palliative care unit, that being the Jubilee Hospital in Victoria. After all the promises medical practitioners and family doctors were given that we would continue to look after our own patients in the palliative care unit, we no sooner got it set up than the medical director of the unit was busy countermanding my orders on the order sheet. Being the placid, pleasant fellow that I am, I rather took offense at that.

If someone I have cared for for 30 or 40 years winds up in a palliative care unit, I no longer look after him; an expert looks after him. The expert may have never seen the patient before he came to the palliative care unit. Palliative care is invaluable, if you want to go that route.

Senator Perrault: However, you acknowledge in certain cases that it is.

Dr. Wallace: In many cases. I am not denying the enormous value of the work they do. I am just saying that it is not all sweetness and light.

Senator Perrault: On page 4 of your brief, you talk about your conversation with Chief Justice Lamer. You state that he reiterated the view, which he previously stated publicly, that when 50 per cent of the public find some social act acceptable, it cannot be a crime.

Following the Civil War in the United States, it was socially acceptable to hang the blacks, harass them, and do all sorts of vicious things to them. The suggestion there is that it could not be

[Translation]

effets secondaires de certains médicaments ne sont pas pris en considération dans le débat sur les soins palliatifs.

Je connais un jeune homme atteint de la maladie de Hodgkin. Il est hospitalisé à tout bout de champ et il est en train de contrôler la maladie, mais une fois qu'il souffrait beaucoup, on lui a donné de la morphine et il m'a dit qu'il avait eu les pires hallucinations imaginables. Désormais, quand il retourne à l'hôpital, il n'est absolument plus question d'accepter de la morphine.

On a tendance à l'oublier. On donne l'impression réconfortante à tout le monde que, peu importe le genre de symptômes, il y a un médicament, un comprimé ou un appareil qui le soulagera. Ce n'est pas vrai.

Le sénateur Perrault: Je vous remercie. Vous avez des mots aimables pour les soins palliatifs, mais vous affirmez que le comité consacre trop de temps à l'étude des prétendus avantages des soins palliatifs.

Quand vous fréquentiez la faculté de médecine, en Grande-Bretagne, y avait-il des cours sur les soins palliatifs?

Le docteur Wallace: Non.

Le sénateur Perrault: Êtes-vous un expert dans ce domaine?

Le docteur Wallace: Non, je ne suis pas un expert.

Le sénateur Perrault: Pensez-vous que suffisamment de médecins exercent dans le domaine des soins palliatifs ou le savez-vous?

Le docteur Wallace: Il n'y a pas de réponse simple à cette question. Je dois parler de ce que je sais. Je n'ai exercé que dans une unité de soins palliatifs, à l'hôpital Jubilee à Victoria. Après avoir promis aux généralistes et aux médecins de famille que nous continuerions à nous occuper de nos propres patients aux soins palliatifs, l'unité était à peine constituée que son directeur médical commençait à contredire mes instructions. Étant un homme placide et gentil, j'en ai pris un peu ombrage.

Lorsque quelqu'un que je soigne depuis 30 ou 40 ans se retrouve aux soins palliatifs, je cesse de le soigner; c'est un expert qui s'en occupe. Cet expert n'a peut-être jamais vu le patient avant qu'il arrive aux soins palliatifs. Les soins palliatifs ont une grande valeur, quand on veut emprunter cette route.

Le sénateur Perrault: Vous reconnaissez que, dans certains cas, ils sont utiles.

Le docteur Wallace: Dans bien des cas. Je ne nie pas l'énorme valeur du travail que font ces gens-là. Je dis simplement que tout n'est pas rose bonbon.

Le sénateur Perrault: À la page 5 de votre mémoire, vous relatez une conversation avec le juge en chef Lamer. Vous déclarez qu'il a réaffirmé le point de vue, qu'il avait déjà énoncé publiquement, que lorsque 50 p. 100 de la population considère qu'un acte social particulier est acceptable, cet acte ne peut constituer un crime.

Après la Guerre civile aux États-Unis, il était socialement acceptable de pendre les Noirs, de les harceler et de les soumettre à toutes sortes de méchancetés. Vous donnez l'impression que ce

[Text]

a crime because 80 per cent of the people of Georgia supported that action. That requires clarification. Does the fact that a great majority of people want a certain action to be taken validate the action?

Dr. Wallace: I always thought that, in a democratic society, if more than 50 per cent vote for you, you get into office.

Senator Perrault: There are all sorts of crimes being carried out throughout the world, supported by 50 per cent or more of the population.

Dr. Wallace: Could you name those crimes?

Senator Perrault: Ethnic cleansing in the Balkans. In an election the other day, 95 per cent of the people supported it. I think that that statement is subject to clarification.

Dr. Wallace: Perhaps Justice Lamer could clarify it better than I. That is what he said to me. As I say, I think polling has value. I doubt if there has been a poll in the last 18 months or so which has not found more than 50 per cent of support for changes in the legislation.

Senator Perrault: If the issues are fully understood.

Dr. Wallace: Right.

Senator Perrault: Finally: You have a background of training in the excellent British medical service. The British have just published a report in which they weigh the good against what they perceive to be the evil of legalizing euthanasia. They said:

Ultimately, however, we do not believe that these arguments are sufficient reason to weaken society's prohibition of intentional killing. That prohibition is the cornerstone of our law and of social relationships. It protects each one of us impartially, embodying the belief that all are equal. We do not wish that protection to be diminished.

Would you disagree?

Dr. Wallace: Yes, I would disagree with that. Maybe it was the cornerstone of our existence when there was an empire, or when there were other situations.

Senator Perrault: It is the latest report from the House of Lords.

Dr. Wallace: Well, the House of Lords also agreed to the death of Mr. Bland, after he was denied it by all the courts in England. This young lad was crushed at a football game and was brain dead, or organ dead. His parents went through the long agony of the court process and were constantly denied the right to let him die. Finally, the House of Lords said it was all right.

Senator Perrault: I do not know the details, and I am sure the House of Lords has made many mistakes, but it is a significant recommendation made by a body representing the medical and legal professions there, so it is of interest to the committee.

[Traduction]

n'était pas un crime parce que 80 p. 100 des citoyens de la Georgie appuyaient ce comportement. Cela exige des explications. Le fait que la vaste majorité des gens veulent un acte en particulier justifie-t-il cet acte?

Le docteur Wallace: J'ai toujours cru que, dans une société démocratique, lorsque plus de 50 p. 100 des gens votent pour vous, vous êtes élu.

Le sénateur Perrault: Toutes sortes d'actes criminels sont commis dans le monde tout en étant appuyés par au moins 50 p. 100 de la population.

Le docteur Wallace: Pouvez-vous les nommer?

Le sénateur Perrault: La purification ethnique dans les Balkans. À des élections qui ont eu lieu l'autre jour, 95 p. 100 des gens l'ont appuyée. Je pense que votre déclaration mérite des explications.

Le docteur Wallace: Le juge Lamer pourrait peut-être le faire mieux que moi. C'est ce qu'il m'a dit. Je le répète, je pense que les sondages ont de la valeur. Je doute qu'un sondage mené au cours des 18 derniers mois environ n'ait pas démontré que plus de 50 p. 100 de la population est en faveur de modifier la loi.

Le sénateur Perrault: Si les enjeux sont très clairs.

Le docteur Wallace: Exactement.

Le sénateur Perrault: Enfin, vous avez été formé dans l'excellent service médical britannique. Les Britanniques viennent de publier un rapport où ils mesurent les avantages par rapport à ce qu'ils perçoivent comme les inconvénients de la légalisation de l'euthanasie. Ils affirment:

Au bout du compte, cependant, nous ne croyons pas que ces arguments suffisent pour affaiblir l'interdiction faite par la société de tuer intentionnellement. Cette interdiction est la pierre angulaire de notre droit et de nos relations sociales. Elle protège chacun de nous de manière impartiale et traduit la conviction que tous sont égaux. Nous ne souhaitons pas réduire cette protection.

Vous n'êtes pas d'accord?

Le docteur Wallace: Non, je ne suis pas d'accord. C'était peut-être la pierre angulaire de notre existence lorsqu'il y avait un empire ou dans d'autres situations.

Le sénateur Perrault: C'est le plus récent rapport de la Chambre des Lords.

Le docteur Wallace: La Chambre des Lords a aussi accepté la mort de M. Bland, après que tous les tribunaux de l'Angleterre la lui aient refusée. Ce jeune homme a été écrasé dans une partie de football et il était en état de mort cérébrale. Ses parents ont enduré l'agonie de tout le processus judiciaire et se sont toujours fait refuser le droit de le laisser mourir. C'est finalement la Chambre des Lords qui leur a donné la permission.

Le sénateur Perrault: Je ne connais pas les détails, et je suis convaincu que la Chambre des Lords a commis bien des erreurs, mais il s'agit d'une recommandation importante faite par un organisme représentant les professions médicale et juridique. Elle intéresse donc le comité.

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: Many people have appeared before us questioning the value of polling. We have to give them relative importance. If we decide to conduct a poll, we will have to be very careful.

On page 11 of your submission, you say that you believe that the benefits of that minority, being those requesting suicide assistance, outweigh the risks to the total community. We are concerned about that minority too, but on what basis do you say that the benefits to that minority outweigh the risks to the total community?

Dr. Wallace: The people in that minority are suffering greatly. We are not talking about imaginary percentages or figures. We just know that there is a minority out there. We know that, as every decade goes by, there are more and more people living longer who are going to die more miserable deaths from cancer and other diseases.

Another part of this whole argument which really burns me up is that most of us are fit and healthy. We are looking after people who are dying in misery, but we want the right to tell them whether we can help them to die or not. That is what I mean by saying that we have a minority of people who are really suffering and a majority who are taking a pretty paternalistic, I-know-better-what-is-good-for-you attitude, and I think that is wrong.

Senator Lavoie-Roux: I think you are giving it a different angle. You seem to be saying that we are trying to play God with the minority that are suffering when we have not experienced that suffering. I agree with that, but I was surprised that you would say that the benefits to that minority outweigh the risks to the total community.

Dr. Wallace: I think you are suggesting, and correct me if I am wrong, that somehow or other, because that risk to the majority is very real, we are almost powerless to do anything about it when we change the law. I am assuming it is a given that there would have to be very considerable safeguards so that people in the nursing homes would, first, be less vulnerable because of the existence of the safeguards, and, second, it would be so much easier to track and intervene and, hopefully, either prevent or stop the abuse.

We should all remember that no law is etched in stone. If the law is amended this year and reviewed annually, what is to stop us going back two years later if the risk of abuse is considered too great? However, it is quite hypocritical to mislead the public into thinking that palliative care provides all the answers. That is why this committee has such an exciting challenge.

Senator Corbin: I want to follow up on one of your previous comments on palliative care. You have caricatured the testimony that this committee has received, not only here in Vancouver but in Ottawa as well, to the effect that we have been painted very

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Bien des témoins qui ont comparu devant nous ont mis en doute la valeur des sondages. Nous devons leur accorder une importance relative. Si nous décidons de faire un sondage, nous devons être très prudents.

À la page 11 de votre mémoire, vous déclarez que, selon vous, les avantages qu'en tirerait cette minorité, c'est-à-dire ceux qui demandent un suicide assisté, seraient plus importants que les risques auxquels serait exposée la collectivité dans son ensemble. Nous nous soucions nous aussi de cette minorité, mais sur quoi vous fondez-vous pour déclarer que les avantages pour cette minorité seraient plus importants que les risques pour la collectivité dans son ensemble?

Le docteur Wallace: Les membres de cette minorité souffrent beaucoup. Il ne s'agit pas de pourcentages ou de chiffres imaginaires. Nous savons que cette minorité existe. Nous savons que, à chaque décennie qui passe, il y a de plus en plus de gens qui vivent plus longtemps et qui auront une mort misérable à cause du cancer ou d'autres maladies.

Un autre aspect de cette situation qui me consume vraiment est que la plupart d'entre nous sommes en santé. Nous nous occupons de gens qui meurent dans la souffrance, mais nous voulons avoir le droit de leur dire si nous pouvons les aider à mourir ou non. C'est ce que je veux dire quand j'affirme qu'il y a une minorité de gens qui souffrent vraiment et une majorité qui adoptent une attitude plutôt paternaliste et pensent savoir mieux qu'eux ce qui est mieux pour eux. Je crois que ce n'est pas bien.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous présentez une perspective différente. Vous semblez dire que nous essayons de nous prendre pour Dieu face à cette minorité qui souffre alors que nous n'avons pas connu la souffrance. Je suis d'accord, mais j'ai été étonnée de vous entendre affirmer que les avantages pour cette minorité seraient plus importants que les risques pour la collectivité dans son ensemble.

Le docteur Wallace: Je pense que vous laissez entendre, corrigez-moi si je me trompe, que d'une certaine façon, parce que ce risque pour la majorité est très réel, nous sommes presque impuissants et incapables d'y changer quoi que ce soit lorsque nous modifions les lois. Je suppose qu'il faudrait absolument des mesures de précaution importantes afin que les personnes dans les centres d'accueil soient moins vulnérables, grâce à ces mesures de précaution, et qu'il soit beaucoup plus facile de déceler les abus, d'intervenir et, on peut l'espérer, de prévenir ou d'empêcher ces abus.

Nous devrions tous nous rappeler qu'aucune loi n'est coulée dans le béton. Si la loi est modifiée cette année et examinée tous les ans, qu'est-ce qui nous empêche de revenir en arrière dans deux ans si le risque d'abus est jugé trop grand? Mais il est plutôt hypocrite d'induire le public en erreur en lui faisant croire que les soins palliatifs apportent toutes les réponses. C'est pourquoi le comité a un défi si intéressant à relever.

Le sénateur Corbin: Je voudrais revenir sur une de vos remarques au sujet des soins palliatifs. Vous avez critiqué les témoignages que nous avons entendus, non seulement ici à Vancouver mais aussi à Ottawa, en disant que nous avons brossé

[Text]

rosy pictures. That testimony came from some highly respected professional medical practitioners. I am wondering whether, because of your personal experience with the palliative care unit in your own hospital, you are not overdoing it a bit.

Are you trying to convey to us the message that indeed some of the palliative care units may not be up to par and that we certainly could improve considerably in that direction, or are you ruling that out altogether? You admitted your bias at the outset, and I respect that.

Dr. Wallace: I am not trying to tell you what is good, bad, or mediocre in other palliative care units. Most of my knowledge is from one hospital and from all that I read. There are articles about palliative care in every journal you pick up.

I am truly sorry if I made light of what they accomplish, because there is no question that if there is such a thing as an ideal way to approach the worst part of your life, palliative care is it for many people. It would be no good for me. I am only saying that there is a minority of people who, faced with what they know about chemotherapy, pain, vomiting, tubes, respirators, et cetera, decide that at some point they will not be prepared to continue with that, and palliative care is not their choice. However, they have very little choice, other than to be treated elsewhere where palliative care cannot be given, such as in the home.

Palliative care has a great role to play, and does it very well, to my knowledge. I have read and heard about the need for better palliative care and more of it. I have also read about Mr. Axworthy's plans to cut back social programs, so the chance of money being available for palliative care expansion is slim.

The baby of my friend, who is here with me today, had a cardiac arrest at five days old. My friend has looked after that child, who has a mental age of one, for 15 years. After having provided personal motherly care for 15 years, she cannot get a hoist to lift the child in her house.

I ask myself where our priorities are in the overall picture, if we cannot help a mother such as this. I do not think we are doing a very good job at either end if this mother has to lift an 85-pound, prostrate, completely paralysed child. Somehow the dollars for a hoist cannot be found, but we are talking about spending more and more money on special units to help people die.

I am not telling you the answer, because I do not know the answer. I am just sounding the cautious note that the money is not available to develop a much wider range of palliative care.

The Chairman: Thank you, Dr. Wallace.

Dr. Wallace: Thank you. You have been very patient.

The Chairman: Our next witness is Archbishop Adam Exner.

[Traduction]

un tableau très rose de la situation. Ces témoignages ont été donnés par des médecins hautement respectés. Je me demande si, à cause de votre expérience aux soins palliatifs de votre hôpital, vous n'exagérez pas un peu.

Essayez-vous de nous dire que certaines unités de soins palliatifs ne sont pas à la hauteur et que nous pourrions certainement faire beaucoup mieux dans ce domaine, ou écarterez-vous tout à fait cette possibilité? Vous avez admis au départ avoir un préjugé et j'en suis conscient.

Le docteur Wallace: Je n'essaie pas de vous dire ce qui est bien, mal ou médiocre dans d'autres unités de soins palliatifs. Presque tout ce que je sais vient de mon expérience dans un hôpital ou de mes lectures. Il y a des articles sur les soins palliatifs dans toutes les revues médicales.

Je suis vraiment désolé si j'ai donné l'impression de prendre à la légère le travail qu'on y accomplit, parce qu'il ne fait aucun doute que s'il existe vraiment un moyen idéal de faire face à la pire étape de notre vie, pour bien des gens ce moyen ce sont les soins palliatifs. Ce ne serait pas bon pour moi. Je dis simplement qu'il y a une minorité de gens qui, face à ce qu'ils savent de la chimiothérapie, de la souffrance, des vomissements, des tubes, des respirateurs et cetera décident que, à un moment donné, ils n'ont plus envie de continuer et que les soins palliatifs ne sont pas leur choix. Ils en ont cependant très peu d'autres, sinon d'être traités ailleurs, là où il n'y a pas de soins palliatifs, à la maison par exemple.

Les soins palliatifs ont un grand rôle à jouer et ils le jouent très bien, à ma connaissance. J'ai lu des articles sur la nécessité d'améliorer les soins palliatifs et d'en offrir davantage et j'ai entendu parler de ces besoins. J'ai aussi entendu parler de l'intention de M. Axworthy de réduire les programmes sociaux. Les possibilités que de nouveaux crédits soient affectés à l'expansion des soins palliatifs sont donc minces.

L'enfant de mon amie, qui est ici avec moi aujourd'hui, a fait un arrêt cardiaque il y a cinq jours. Mon amie s'occupe de cet enfant, qui a un âge mental d'un an, depuis 15 ans. Après avoir donné soins et amour maternel à cet enfant pendant 15 ans, elle ne peut obtenir d'appareil de levage pour monter son fils à l'étage, à la maison.

Je me demande où sont nos priorités si nous ne pouvons aider une mère comme celle-là. Je ne crois pas que nous fassions un très bon travail si nous obligeons cette mère à lever un enfant de 85 livres, prostré et complètement paralysé. On n'arrive pas à trouver les sous pour un appareil de levage mais on parle de donner de plus en plus d'argent aux unités spéciales pour aider les gens à mourir.

Je ne vous donne pas de réponse, parce que je ne la connais pas. Je préviens seulement qu'il n'y a pas de fonds disponibles pour élargir les soins palliatifs.

La présidente: Merci, docteur Wallace.

Le docteur Wallace: Merci. Vous avez été très patients.

La présidente: Le prochain témoin est l'archevêque Adam Exner.

[Texte]

We are pleased to have you here, Your Grace. Please proceed by your brief.

Archbishop Adam Exner, Roman Catholic Archdiocese of Vancouver: Thank you very much. At the outset, I would like to introduce Peter Ryan, my consultant, who helped me in the production of my brief.

Madam Chair and members of the committee, I want to begin by thanking you for this opportunity to make a presentation on a topic which I believe is of crucial importance for our country, and for our future. The issues under consideration primarily involve a two-fold test: a test to medicine and the medical profession, and a test to civilization.

The medical ethicist, Leon Kass, has said that the question of euthanasia puts the soul of medicine on trial. For more than 2,000 years, medicine has had the vial of death removed from its grasp, carrying only the vial of life. Now there is the prospect of it carrying the vial of death, once again.

According to the anthropologist Margaret Mead, the Hippocratic tradition marked a decisive turn in human civilization. We can therefore say that the possibility of physician involvement in assisted suicide and euthanasia poses a test for our civilization as a whole, as well as a trial for medicine.

Pope John Paul II has often spoken of what it means to build what he calls a civilization of love. The *sine qua non* of such a civilization is respect for the inviolable dignity of all human life. The very opposite of such a civilization is when human beings reduce themselves or one another to objects of violence, with euthanasia as a prime example.

What makes euthanasia such a test for our civilization is that it appears under the guise of progress. It poses as freedom; it beckons us to be masters over life and death. In other words, it promises us that we can be our own gods.

This is a very old story. Ever since the Garden of Eden, human beings have had to face the recurring temptation to disregard the order of truth established by the Creator, to claim power to determine what is good and evil, and therefore to behave like gods. It could be useful to reread chapter three of the book of Genesis. It all started there.

It was a deception then and it is a deception now. As much as we may pretend to be gods, in the final analysis, we are not in control of our life or of our death. We did not decide whether to come into this world and, we cannot decide whether or not to leave life. There comes a time, whether we like it or not, that we will die. Both our origin and our destiny lie beyond us, in the hands of someone else who made us, and He is the master of life and death.

In Deuteronomy, chapter 32, we read:

I alone, am God, and there is no god beside me. It is I who bring both death and life. . .

[Translation]

Nous sommes heureux de vous accueillir, excellence. Veuillez présenter votre mémoire.

L'archevêque Adam Exner, archidiocèse catholique romain de Vancouver: Merci beaucoup. Dès le départ, je voudrais présenter Peter Ryan, mon conseiller, qui m'a aidé à rédiger mon mémoire.

Madame la présidente, membres du comité, je vous remercie d'abord de me donner l'occasion de présenter un mémoire sur un sujet qui me paraît d'importance cruciale pour notre pays et pour notre avenir. Les questions qu'il soulève posent un défi de deux ordres: un défi pour la médecine et un autre pour la civilisation.

Le spécialiste de la déontologie médicale Leon Kass a déclaré que l'euthanasie remet en cause l'âme de la médecine. Durant plus de 2 000 ans, la médecine a cessé d'être porteuse de mort et n'a apporté que la vie. Maintenant, il se pourrait qu'elle apporte de nouveau la mort.

Selon l'anthropologue Margaret Mead, le serment d'Hippocrate a marqué un tournant décisif dans l'histoire de l'humanité. Nous pouvons donc déclarer que la possibilité de la participation d'un médecin au suicide assisté et à l'euthanasie constitue un défi pour l'ensemble de notre civilisation ainsi que pour la médecine.

Le pape Jean Paul II a souvent expliqué comment on peut bâtir ce qu'il appelle la civilisation de l'amour. La condition *sine qua non* de cette civilisation est le respect de la dignité inviolable de toute vie humaine. Le contraire de cette civilisation c'est lorsque les être humains se réduisent eux-mêmes ou réduisent les autres en des objets de violence, l'euthanasie en étant un très bel exemple.

Ce qui fait que l'euthanasie pose un tel défi pour notre civilisation c'est qu'elle se cache derrière le masque du progrès. On la présente comme une liberté; elle nous permet d'être maîtres de la vie et de la mort. Autrement dit, elle nous promet que nous pouvons être nos propres dieux.

C'est une histoire très ancienne. Depuis le jardin d'Éden, l'homme a fait face à la tentation répétée de faire fi de l'ordre de vérité établi par le Créateur, pour s'arroger le pouvoir de déterminer ce qui est bien et ce qui est mal et donc de se comporter comme un dieu. Il serait probablement utile de relire le troisième chapitre de la Genèse. Tout a commencé là.

C'était une erreur à l'époque et c'est une erreur maintenant. Malgré tous nos efforts pour prétendre être des dieux, en dernière analyse, nous ne sommes pas maîtres de notre vie ni de notre mort. Nous n'avons pas décidé de venir au monde et nous ne pouvons pas décider de quitter la vie. Il arrivera un jour, que cela nous plaise ou non, où nous devons mourir. Notre origine et notre destinée nous dépassent, elles sont entre les mains de celui qui nous a fait et c'est lui le maître de la vie et de la mort.

Dans le Deutéronome, au chapitre 32, nous lisons:

Voyez maintenant que moi, moi je Le suis et que nul autre que moi n'est Dieu! C'est moi qui fais mourir et qui fais vivre [. . .]

[Text]

Once we have grasped something of the origin and destiny of our lives, then we may get a handle on our true identity as earthly mortals. Thus, we arrive at the answer to the question posed by Sue Rodriguez as quoted in the *Vancouver Sun*. She said:

If I cannot give consent to my own death, then whose body is this? Who owns my life?

The answer is that we are not the owners of our lives. The one who has given us life is the owner. We did not give life to ourselves, someone else did. We are therefore stewards over what we have been given, remaining accountable to the owner for the way we maintain our lives.

True freedom comes not from living the lie that we are our own masters, but from living in accord with the truth of who we are, as stewards of human life. Acting as though we are gods can be a heady trip, it is true, but in this power trip human beings end up being victims rather than victors.

The Creator, who, as the American Declaration of Independence puts it, has endowed us with the inalienable rights of life, liberty and the pursuit of happiness, is the guarantor of human dignity. Ignore the Creator, and human dignity, rights and freedoms suffer. The inhuman legacies of the "Master Race" and of atheistic communism show what can happen when human beings attempt to behave like gods, assuming mastery over life and death. We need to learn from history.

As stewards over human life, we have a responsibility to preserve our life and health, and never intentionally to destroy it. The words of Reverend Jesse Jackson, with respect to abortion, apply equally to suicide and euthanasia: He said:

Human beings cannot give or create life by themselves. It is really a gift from God. Therefore, one does not have the right to take away through abortion that which he does not have the ability to give.

The ethical norm prohibiting the intentional killing of innocent human beings is not the exclusive preserve of any religious tradition. It is shared by several. However, as I tried to explain in pages 12 to 16 of my written brief, it has a philosophical, not just a religious basis. It expresses a fundamental dictate of the human mind and heart, and it was this dictate that was grasped by the Hippocratic tradition of ancient Greece.

In an era like the present where doctors experience the great power of medical science and technology to deal with sickness, they can be tempted to resort to technical solutions without sufficiently evaluating the ethical dimensions. In his book, *How We Die*, Sherwin Nuland explains how contemporary physicians are uncomfortable with what they cannot control, and they tend often to look at a patient not so much as a person, but as a riddle, a problem to be solved through diagnosis and treatment. When

[Traduction]

Ce n'est qu'après avoir saisi l'origine et la destinée de nos vies que nous pouvons commencer à comprendre notre vraie identité comme êtres humains mortels. Nous trouvons donc la réponse à la question posée par Sue Rodriguez dans le *Vancouver Sun*. Elle demandait:

Si je ne peux consentir à ma propre mort, à qui appartient mon corps? À qui appartient ma vie?

La réponse est que nous ne possédons pas notre vie. Elle appartient à celui qui nous l'a donnée. Nous ne nous sommes pas donné la vie, quelqu'un d'autre nous l'a donnée. Nous sommes donc responsables de ce qu'on nous a donné et nous devons rendre compte au propriétaire de la façon dont nous menons notre vie.

La vraie liberté ne consiste pas à vivre le mensonge qui nous fait croire que nous sommes nos propres maîtres, mais à vivre en accord avec la vérité de ce que nous sommes, des êtres à qui on a prêté la vie. Nous prendre pour des dieux peut donner un grand sentiment de puissance, mais dans cette recherche de la puissance nous finissons par être des victimes plutôt que des vainqueurs.

Le Créateur qui, comme on le dit dans la Déclaration d'indépendance des États-Unis, nous a donné le droit inaliénable à la vie, à la liberté et à la poursuite du bonheur, est le garant de la dignité humaine. Ignorez le Créateur et c'est la dignité humaine, les droits et la liberté qui en souffrent. L'héritage inhumain de la «Race supérieure» et du communisme athée démontre ce qui peut arriver lorsque l'être humain tente de se comporter comme un dieu et d'être le maître de la vie et de la mort. Nous devons tirer des leçons de l'histoire.

Puisque la vie humaine nous a été prêtée, nous devons nous maintenir en vie et en santé et ne jamais la détruire intentionnellement. Les paroles du révérend Jesse Jackson au sujet de l'avortement s'appliquent également au suicide et à l'euthanasie. Il a déclaré:

Les êtres humains ne peuvent donner ou créer la vie par eux-mêmes. C'est essentiellement un don de Dieu. Par conséquent, on n'a pas le droit d'enlever, par un avortement, ce qu'on n'a pas le pouvoir de donner.

La norme morale qui interdit de tuer volontairement des innocents n'est pas la prérogative exclusive d'une tradition religieuse en particulier. Elle est partagée par plusieurs. Mais comme j'ai tenté de l'expliquer aux pages 12 à 16 de mon mémoire, elle a une base philosophique, pas simplement religieuse. Elle exprime un commandement fondamental de l'esprit et du cœur humains, et c'est ce commandement qui a été exprimé dans la tradition hippocratique de la Grèce antique.

Dans une période comme celle que nous vivons actuellement, où les médecins connaissent la grande puissance de la science et de la technologie médicale face à la maladie, ils peuvent être tentés de recourir à des solutions techniques sans en évaluer suffisamment les dimensions morales. Dans son livre intitulé *How We Die*, Sherwin Nuland explique le malaise des médecins contemporains face à ce qu'ils ne peuvent contrôler et leur tendance à considérer un patient non pas comme une personne

[Texte]

faced with disease and dying which they cannot control, they tend to emotionally abandon the patient.

To such a mindset, euthanasia offers an efficient technical means of gaining control over incurable disease and dying, but technical mastery gained at the expense of moral principles marks the death of the medical soul and is to the detriment of civilization.

Once physicians begin to kill as well as to cure, a great Pandora's box will open. Dutch physician Karel Gunning says:

Once you start looking at killing as a means to solve problems, then you'll find more and more problems where killing can be the solution.

Euthanasia poses a test for the soul of the state as well as for the soul of medicine. As Jefferson stated, the business of government is the care and protection of human life. The destruction of life through legalized euthanasia would confound the very purpose of the state.

The Canadian Criminal Code presently does not sanction the intentional killing of innocent persons. As noted by the Supreme Court in the Sue Rodriguez case, the policy of the state is that "human life should not be depreciated by allowing life to be taken."

It is difficult to overestimate the contribution to social peace and harmony made by the legal prohibition against intentional killing. The British House of Lords committee which examined the euthanasia issue found this prohibition to be "the cornerstone of law and social relationships."

The New York State Task Force on Life and the Law unanimously opposed the legalization of euthanasia and assisted suicide, even though some members did not find the practices inherently unethical. Their reasoning was that legalization would be "unwise and dangerous as a public policy." The task force said that the criteria and safeguards that have been proposed for assisted suicide and euthanasia would prove elastic in clinical practice and in law, while maintaining that the lives of the most vulnerable would be especially at risk.

To achieve a coherent public policy on assisted suicide and euthanasia, it is necessary to clearly define these interventions as human acts. In pages 2 to 10 of my written brief, I go to considerable length in offering a definitional analysis of these human acts. I will mention only a few highlights of the analysis here.

Suicide, assisted suicide, and euthanasia all involve the intentional killing of an innocent person. In euthanasia, the motive of the killing is to relieve suffering. By definition, the intentional killing of an innocent person is an act of murder. There are two kinds of euthanasia, active and by omission. Both active euthanasia and euthanasia by omission may be voluntary, nonvoluntary or involuntary. Both active euthanasia and euthanasia by omission must be distinguished from justifiable allowing

[Translation]

mais comme une énigme, comme un problème à résoudre grâce à un diagnostic et à un traitement. Face à une maladie et à une mort qu'ils ne peuvent contrôler, ils ont tendance à abandonner émotivement le patient.

Pour celui qui pense ainsi, l'euthanasie offre un moyen technique efficace pour arriver à contrôler une maladie incurable et la mort, mais la maîtrise technique obtenue aux dépens des principes moraux signifie la mort de l'âme médicale et va à l'encontre de la civilisation.

Lorsque les médecins commenceront à tuer, en plus de soigner, on ouvrira une grosse boîte de Pandore. Le médecin hollandais Karel Gunning affirme:

Quand on commence à envisager l'homicide comme un moyen de régler les problèmes, alors on trouve de plus en plus de problèmes pour lesquels tuer devient la solution.

L'euthanasie présente un défi pour l'âme de l'État ainsi que pour l'âme de la médecine. Comme le disait Jefferson, la tâche du gouvernement consiste à prendre soin de la vie humaine et à la protéger. Détruire la vie par l'euthanasie légalisée irait tout à fait à l'encontre de la raison d'être de l'État.

Le Code criminel canadien interdit de tuer intentionnellement des personnes innocentes. Comme l'a fait remarquer la Cour suprême dans l'arrêt Sue Rodriguez, la politique de l'État est que «la vie humaine ne devrait pas être dépréciée en permettant de l'enlever».

Il est difficile de surestimer la contribution de l'interdiction légale de l'homicide volontaire à la paix et à l'harmonie sociale. Le comité de la Chambre des Lords britannique qui a étudié la question de l'euthanasie a conclu que cette interdiction est «la pierre angulaire du droit et des relations sociales».

Le groupe de travail de l'État de New York sur la vie et le droit s'est opposé à l'unanimité à la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté, même si certains membres ne considéraient pas ces pratiques fondamentalement immorales. Leur raisonnement est que la légalisation serait «peu sage et dangereuse comme politique publique». Le groupe de travail a déclaré que les critères et les mesures de précaution qui ont été proposés pour le suicide assisté et l'euthanasie s'avéreraient élastiques dans la pratique médicale et en droit et a soutenu que la vie des personnes les plus vulnérables serait tout spécialement menacée.

Pour arriver à une politique publique cohérente sur le suicide assisté et l'euthanasie, il faut définir clairement ces interventions comme des actes humains. Aux pages 2 à 10 de mon mémoire, j'analyse en détail les définitions de ces actes. Permettez-moi de faire ressortir quelques éléments essentiels de cette analyse.

Le suicide, le suicide assisté et l'euthanasie consistent tous à tuer intentionnellement une personne innocente. Dans l'euthanasie, on tue pour apaiser la souffrance. Par définition, tuer intentionnellement une personne innocente est un homicide. Il y a deux types d'euthanasie, l'euthanasie active et l'euthanasie par omission. Dans les deux cas, elles peuvent être volontaires, non volontaires ou involontaires. Il faut faire une distinction entre l'euthanasie active et l'euthanasie par omission et permettre à

[Text]

to die. Withholding and withdrawing treatment involve justifiable allowing to die and are non-homicidal when the treatment is useless or excessively burdensome for the patient. There is a danger in supporting an absolute unqualified legal right to refuse treatment. Such a right would implicitly permit intentional killing by omission.

What can be said about the morality of suicide, assisted suicide and euthanasia? Catholic teaching is clear that such acts are intrinsically and gravely immoral. No authority, moreover, may countenance them, for it is a question of the violation of divine law, an offence against the dignity of the human person, a crime against life, and an attack upon humanity.

The moral norm against intentional killing is inherent to human nature. It is not a matter of an extrinsic law imposed by God.

The words of the philosopher Kant regarding suicide apply to all intentional killing. He said:

Suicide is not abominable because God forbids it; God forbids it because it is abominable.

Moral judgment must make a complete separation between intentional killing and justifiable allowing to die in the form of withholding or withdrawing treatment. Omission of treatment is morally legitimate under certain specified conditions; namely, when it is useless or excessively burdensome.

Canada's current legal prohibitions against euthanasia and assisted suicide are rationally defensible. They do not represent the imposition of religious dogma. As the Law Reform Commission noted, these prohibitions reflect our history and traditions and the fact that most people recognize that suicide is contrary to human reason and nature. The Commission also argued that any change would risk undermining respect for human life. Physical life is the most fundamental good of the human person. If the right to life is not secure, no other human rights are secure. In other words, if killing goes, anything goes.

The social consequences that might be anticipated from legalizing euthanasia strongly militate against pursuing such a course. The Dutch experience is most worrisome. The available data indicates, first, that large numbers of lives are involved. In 1990, 15 per cent of Dutch deaths, or approximately 20,000, were due to intentional killing by physicians. Transposed to Canada, we would be looking at roughly 40,000 medical homicides a year. This is not an insignificant number.

Second, the available information seems to indicate that abuse is widespread in Holland. In violation of official guidelines, nonvoluntary euthanasia is performed, and in large numbers. Of 11,840 cases of active euthanasia and assisted suicide, one-half were carried out without patient consent.

Finally, it is proving impossible to restrict euthanasia to the hardest cases. Dutch patients who are not terminally ill and whose suffering is of a psychological rather than a physical nature may now be killed.

[Traduction]

quelqu'un de mourir pour des motifs justifiés. Ne pas administrer un traitement ou interrompre le traitement se rapportent à des motifs justifiés et n'aboutissent pas à un homicide lorsque le traitement est inutile ou excessif pour le patient. Il est dangereux d'appuyer le droit légal absolu et non qualifié de refuser un traitement. Un tel droit permettrait implicitement de tuer intentionnellement par omission.

Que peut-on dire à propos de la moralité du suicide, du suicide assisté et de l'euthanasie? L'enseignement catholique stipule clairement que ces actes sont fondamentalement et gravement immoraux. De plus, aucune autorité ne peut les sanctionner car c'est une infraction au droit divin, une violation de la dignité humaine, un crime contre la vie et une attaque contre l'humanité.

La norme morale qui s'oppose à l'homicide intentionnel est inhérente à la nature humaine. Ce n'est pas une loi extérieure imposée par Dieu.

Les paroles du philosophe Kant à propos du suicide s'appliquent à tout homicide volontaire. Kant a déclaré:

Le suicide est abominable parce que Dieu l'interdit; Dieu l'interdit parce qu'il est abominable.

Le jugement moral doit établir une distinction complète entre tuer intentionnellement et permettre, pour des raisons justifiées, de mourir en refusant ou en interrompant un traitement. Refuser un traitement est moralement légitime dans des circonstances précises, à savoir lorsque le traitement est inutile ou excessif.

Les interdictions légales actuelles au Canada de l'euthanasie et du suicide assisté peuvent être défendues logiquement. Elles n'imposent pas un dogme religieux. Comme l'a fait remarquer la Commission de réforme du droit, ces interdictions sont le reflet de notre histoire et de nos traditions et du fait que la plupart des gens considèrent le suicide contraire à la raison et à la nature humaine. La commission a soutenu également que toute modification risquerait d'affaiblir le respect de la vie humaine. Si le droit de vivre n'est plus assuré, aucun autre droit de la personne ne l'est. Autrement dit, s'il est permis de tuer, tout est permis.

Les conséquences sociales qui pourraient découler de la légalisation de l'euthanasie sont de gros arguments contre cette décision. L'expérience hollandaise est des plus préoccupantes. Premièrement, les données disponibles indiquent qu'un grand nombre de vies sont en cause. En 1990, 15 p. 100 des décès en Hollande, soit environ 20 000 personnes, étaient des morts intentionnelles provoquées par les médecins. Transposés au Canada, ces chiffres représenteraient environ 40 000 homicides médicaux par année. Ce n'est pas rien.

Deuxièmement, l'information disponible semble indiquer que l'abus est généralisé en Hollande. Contrairement aux lignes directrices officielles, il y a des euthanasies non volontaires, et elles sont nombreuses. Des 11 840 euthanasies actives ou suicides assistés, la moitié ont été effectués sans le consentement du patient.

Enfin, il s'avère impossible de limiter l'euthanasie aux cas les plus évidents. Des patients hollandais qui ne sont pas en phase terminale et dont la souffrance est plus psychologique que physique peuvent désormais être tués.

[Texte]

I know of a gentleman from the Vancouver area who visited Holland last year, fell sick there and ended up in the hospital for two weeks. When he was released, he was told by the doctors, "Sir, you are fortunate that you are a Canadian citizen. If you had been a Dutch citizen, we probably would not have bothered with you."

If assisted suicide or voluntary euthanasia is sanctioned by law, the current state policy against intentional killing will fall by the wayside. In its place, there will be licence for some to effect homicide, and, likely, also a right to suicide which can then be applied, using equality principles, to an even larger net of purported beneficiaries, including those who cannot consent. With a rapidly increasing elderly population, and the mounting problem of health care costs, it is not hard to imagine how things might unfold.

I am also very concerned about the impact of legalization on Catholic people, Catholic doctors, and Catholic hospitals. First, it is like the history of abortion. It would not just be a matter of some people being free to obtain a procedure that Catholics find morally offensive. Catholics would be coerced into the duty of supporting such procedures through their taxes.

Second, if the idea of euthanasia as a good medical practice takes hold, doctors would be expected at least to refer patients to a place where the service would be provided, and that would implicate the doctors ethically in intentional killing.

Third, Catholic hospitals would come under attack for failing to provide access to a "legitimate medical service". We have experienced that already.

In the face of human pain and suffering, no one can be comfortable with the status quo. There is a great deal that can and should be done to promote palliative care, in terms of availability, research and standards. Patient desire for suicide or euthanasia is generally a disguised plea for help in dealing with pain and suffering. We must certainly make every effort to kill pain without, however, killing the patient.

In this regard, the church has a tremendous role to play. It would seem that desire for suicide does not arise out of pain or depression, but out of a sense of hopelessness. This is where faith can bring a lot of hope, courage and strength, as any hospital chaplain can tell you.

The issue of euthanasia poses a major trial for medicine, law and civilization. In rejecting assisted suicide and active euthanasia, the Canadian, British and American medical associations have so far passed the test, but the test continues in our society.

To meet the test in the long run, we must redouble our efforts to building a civilization of love. It must be a civilization where the inviolable dignity of every human life is respected and protected without compromise. It must also be a civilization animated by profound compassion for all who suffer, a civilization where no reasonable effort is spared in the alleviation of suffering. This is the kind of future I want to see for our great country.

[Translation]

Je connais un monsieur de Vancouver qui est allé en Hollande l'an dernier, qui y est tombé malade et qui a été hospitalisé deux semaines. Quand on lui a donné son congé, les médecins lui ont dit: Monsieur, vous avez de la chance d'être Canadien. Si vous aviez été Hollandais, nous n'aurions probablement pas pris la peine de vous soigner.»

Si le suicide assisté ou l'euthanasie volontaire est permis par la loi, la politique actuelle contre l'homicide volontaire sera abandonnée. Il sera alors plutôt permis à certains de tuer et, il y aura probablement aussi un droit au suicide qui pourra s'appliquer, en vertu des principes de l'égalité, à un bassin encore plus vaste de soi-disant bénéficiaires, dont ceux qui ne peuvent donner leur consentement. Étant donné que la population âgée croît rapidement et vu le problème grandissant du coût de la santé, il n'est pas difficile d'imaginer ce qui pourrait arriver.

Je m'inquiète aussi de l'incidence de la légalisation sur les patients, les médecins et les hôpitaux catholiques. Premièrement, ce n'est pas comme l'avortement. Il ne s'agirait pas simplement de laisser à certains la liberté d'obtenir une intervention que les catholiques trouvent moralement inacceptable. Les catholiques seraient forcés d'appuyer ces méthodes par leurs impôts.

Deuxièmement, si l'idée de l'euthanasie comme bonne pratique médicale s'impose, les médecins devraient au moins envoyer leurs patients là où le service est offert. Cela impliquerait que les médecins participeraient moralement à l'homicide volontaire.

Troisièmement, les hôpitaux catholiques seraient accusés de ne pas donner accès à un «service médical légitime». Cela s'est déjà vu.

Face à la douleur et à la souffrance, personne ne peut être à l'aise avec le statu quo. On peut et on devrait faire beaucoup pour promouvoir l'accès, les recherches et les normes concernant les soins palliatifs. Le désir d'un patient de se soumettre à l'euthanasie est habituellement un cri à l'aide pour pouvoir combattre la douleur et la souffrance. Nous devons certainement ne ménager aucun effort pour apaiser la douleur sans toutefois tuer le patient.

À cet égard, l'Église a un rôle énorme à jouer. Il semblerait que le désir de se suicider ne découle pas tant de la douleur ou de la dépression que d'un sentiment de désespoir. La foi peut apporter beaucoup d'espoir, de courage et de force, comme pourront vous le raconter tous les aumôniers des hôpitaux.

L'euthanasie constitue une épreuve majeure pour la médecine, le droit et la civilisation. En rejetant le suicide assisté et l'euthanasie active, les associations médicales canadienne, britannique et américaine ont passé l'épreuve, mais la société n'en a pas encore fait autant.

Pour relever le défi à long terme, nous devons redoubler d'efforts afin d'édifier la civilisation de l'amour. Il faut bâtir une civilisation où la dignité inviolable de chaque vie humaine est respectée et protégée sans compromis. Ce doit également être une civilisation animée par une profonde compassion envers tous ceux qui souffrent, une civilisation où l'on ne ménage aucun effort pour atténuer la souffrance. Voilà le genre d'avenir que je souhaite à notre grand pays.

[Text]

Senator Beaudoin: I wish to thank you for this very interesting brief. In your presentation, you referred to reports from the House of Lords, the situation in Holland, and the New York State task force. I assure you that we are studying all of these. You also quoted Thomas Jefferson on life and liberty. As we all know, Jefferson inspired the United States Bill of Rights.

In your brief you referred to the divine law. By that, do you mean natural law?

Archbishop Exner: Yes. In this case, it is natural law, which is accessible to human reason. God has revealed it so that it may be understood more easily, but natural law of what is right and wrong is accessible to human reason. Basically, the Ten Commandments are accessible to human reason. This is evidenced by various cultures all over the world, as anthropologists can tell us.

I am not talking about a Catholic law. It is not a law that comes from a legislator. It is a law which, in itself, says what is right and what is wrong, and this is intuitively known. For example, you cannot prove the basic moral principle of "do good and avoid evil", but everyone understands it intuitively. It is a first principle.

Senator Beaudoin: In law, it is quite different. Religion that is revealed is different, although it may comply entirely with natural law, and of course natural law would apply to all human beings as such.

The first objective of this is obviously the sanctity of life. We are dealing with those concepts here. For two days, people have appeared before us and invoked the human rights charter of the United Nations, international covenants, natural law, and other important documents, and they have come to contrary conclusions.

Archbishop Exner: Through discussing this with proponents of legalized euthanasia, I have learned that they come to conclusions contrary to the ones I propose because they begin with a certain premise, and if you accept that premise, the rest follows very logically. The premise is that the human being is absolutely autonomous, independent of anyone else, and that anything over which the human being does not have control is against human dignity. If you accept the premise that the human being is totally autonomous and independent of anyone else, and must be in control of itself, and is unaccountable to anyone, the rest follows very logically.

Human reason alone, without faith, tells us that we are not totally autonomous. No one asked me if I wanted to exist. No one asked me if I wanted blue eyes or blonde hair. No one asked me who I wanted my parents to be or, into what ethnic group I wanted to be born, or in what country. I did not determine those things.

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Je vous remercie pour ce mémoire très intéressant. Dans votre exposé, vous avez fait allusion au rapport de la Chambre des Lords, à la situation en Hollande et au rapport du groupe de travail de l'État de New York. Je puis vous assurer que nous les étudions tous. Vous avez également cité Thomas Jefferson, à propos de la vie et de la liberté. Comme nous le savons tous, Jefferson a inspiré la Charte des droits des États-Unis.

Dans votre mémoire, vous faites allusion au droit divin. Voulez-vous dire la loi naturelle?

L'archevêque Exner: Oui. Dans ce cas-ci, il s'agit de la loi naturelle, que peut comprendre l'esprit humain. Dieu l'a révélée afin qu'elle puisse être comprise plus facilement, mais la loi naturelle, qui explique ce qui est bien et ce qui est mal, est à la portée de l'entendement humain. Essentiellement, les dix commandements sont à la portée de l'entendement humain. Les diverses cultures dans le monde entier en témoignent, comme nous le disent les anthropologues.

Je ne parle pas du droit catholique. Ce n'est pas un droit créé par le législateur. C'est une loi qui, en soi, définit ce qui est bien et ce qui est mal et que tous connaissent intuitivement. Par exemple, on ne peut prouver le principe moral de base qu'il faut faire le bien et éviter le mal, mais tout le monde le comprend intuitivement. C'est un premier principe.

Le sénateur Beaudoin: En droit, c'est assez différent. La religion qui est révélée est différente, encore qu'elle puisse être en parfait accord avec la loi naturelle et, bien entendu, la loi naturelle s'appliquerait à tous les être humains.

Le premier objectif est bien sûr le caractère sacré de la vie. Nous réfléchissons à ces notions ici. Depuis deux jours, des gens sont venus témoigner ici et ont invoqué la charte des droits des Nations unies, des accords internationaux, la loi naturelle et d'autres documents importants, et ils sont arrivés à des conclusions opposées.

L'archevêque Exner: En discutant avec les défenseurs de la légalisation de l'euthanasie, j'ai appris qu'ils arrivent à des conclusions contraires à celles que je propose parce qu'ils partent d'un postulat et que si l'on accepte ce postulat, le reste en découle logiquement. Ce postulat est que l'être humain est absolument autonome, indépendant de tout le monde et que tout ce sur quoi il ne peut exercer un contrôle brime sa dignité. Si l'on postule que l'être humain est tout à fait autonome et indépendant de tout le monde, qu'il doit avoir la maîtrise de sa propre vie et n'a de comptes à rendre à personne, le reste suit très logiquement.

La raison à elle seule, sans la foi, nous dit que nous ne sommes pas entièrement autonomes. Personne ne m'a demandé si je voulais exister. Personne ne m'a demandé si je voulais des yeux bleus ou des cheveux blonds. Personne ne m'a demandé qui je voulais avoir comme parents ou à quel groupe ethnique je voulais appartenir ou dans quel pays je voulais naître. Je n'ai rien déterminé de tout cela.

[Texte]

We have so many experiences in life which tell us that we are not our own masters. Even with all the new medicine and technology, there comes a time when I have to die, and someone else decides that. Human experience shows that we are not the owners of ourselves. We did not give ourselves the gift of life, someone else did. We have received this as a gift, and we treat it as stewards, accountable to someone else.

Senator Beaudoin: Hence, as a consequence, you reject the affirmation that an individual, because of the charter of rights, has a right of self-determination?

Archbishop Exner: I accept it to a point, but not including the right to decide when my life is going to end.

Senator Beaudoin: You referred to the "Nancy B" case on page 6 of your submission. It is an important case, among many others. Of course, we are distinguishing very clearly between assisted suicide and the withdrawal of instruments or apparatus and the refusal of treatment.

You are not in favour of therapeutic harassment. In other words, a person may refuse a treatment to a certain extent; is that correct?

Archbishop Exner: At a given point, yes. When the treatment becomes useless or overly burdensome, the human being has a right to say that this is enough.

Senator Beaudoin: What about withdrawal?

Archbishop Exner: Yes, withdrawal of treatment.

Senator Beaudoin: Refusal of treatment and withdrawal of apparatus is not exactly the same, at least not all the time.

Archbishop Exner: Yes. Refusal is when the patient makes the decision. Withdrawal is when the doctors and the guardians have to make the decision.

Senator Beaudoin: What is your position on that?

Archbishop Exner: The same principle applies.

Senator Beaudoin: You would apply the same principle?

Archbishop Exner: Yes. The very same principle applies. When the treatment has become useless or overly burdensome, it is okay to pull the plug.

My own brother was dying of cancer. The only way they could keep him alive was by daily blood transfusions. At a certain point he said, "Do I have to continue with this? I know that I am dying. The process of dying has begun. Do I have to prolong it?" I said that he did not and he said, "Okay, no more." Three days later he was dead.

Senator Beaudoin: And assisted suicide is, of course, something substantially different.

Archbishop Exner: Substantially different.

Senator Beaudoin: There is intervention by a third party.

[Translation]

Tant d'expériences au cours de notre vie nous démontrent que nous ne sommes pas maîtres de nous-mêmes. Malgré tous les nouveaux médicaments et les technologies nouvelles, l'heure de la mort finit toujours par arriver et quelqu'un d'autre en décide. L'expérience humaine démontre que notre vie ne nous appartient pas. Nous ne nous sommes pas donné la vie, quelqu'un d'autre l'a fait. Nous avons reçu ce don, nous devons en prendre soin et rendre des comptes à quelqu'un.

Le sénateur Beaudoin: Par conséquent, vous rejetez l'affirmation qu'une personne a le droit à l'autodétermination, en vertu de la charte des droits?

L'archevêque Exner: Je l'accepte en partie, mais pas le droit de décider quand ma vie doit prendre fin.

Le sénateur Beaudoin: Vous mentionnez l'affaire «Nancy B» à la page 6 de votre mémoire. C'est une affaire importante, parmi tant d'autres. Nous établissons bien entendu une distinction très claire entre le suicide assisté et le retrait d'instruments ou d'appareils et le refus d'un traitement.

Vous n'êtes pas en faveur de l'acharnement thérapeutique. Autrement dit, une personne peut refuser un traitement jusqu'à un certain point, n'est-ce pas?

L'archevêque Exner: Jusqu'à un certain point, en effet. Lorsque le traitement devient inutile ou constitue un fardeau trop lourd, on a le droit de dire que cela suffit.

Le sénateur Beaudoin: Et l'interruption du traitement?

L'archevêque Exner: Cela vaut aussi pour l'interruption du traitement.

Le sénateur Beaudoin: Refuser un traitement et interrompre un traitement ne sont pas exactement la même chose, en tous cas pas tout le temps.

L'archevêque Exner: Oui. Il y a refus lorsque le patient prend la décision. Il y a interruption lorsque les médecins et la famille prennent la décision.

Le sénateur Beaudoin: Quelle est votre position à ce sujet?

L'archevêque Exner: Les mêmes principes s'appliquent.

Le sénateur Beaudoin: Vous appliqueriez les mêmes principes?

L'archevêque Exner: Oui. Exactement les mêmes principes s'appliquent. Lorsque le traitement est devenu inutile ou excessif, il est permis de l'interrompre.

Mon frère est mort du cancer. La seule façon de le maintenir en vie, c'était par des transfusions sanguines quotidiennes. À un moment donné, il s'est demandé s'il devait continuer à vivre ainsi. Il savait qu'il était en train de mourir. L'agonie avait commencé. Devait-il prolonger ses jours? Je crois que non et il a dit qu'il en avait assez. Trois jours plus tard, il était mort.

Le sénateur Beaudoin: Et le suicide assisté est évidemment autre chose.

L'archevêque Exner: Tout à fait autre chose.

Le sénateur Beaudoin: C'est une intervention par un tiers.

[Text]

Archbishop Exner: That is precisely the distinction between euthanasia and assisted suicide and justifiably letting someone die. In some instances, when the process of dying has begun, I do not think that we are justified in prolonging the process of dying and causing more pain and suffering.

Senator Beaudoin: I agree. Thank you.

Senator Perrault: Your Grace, your contribution to our proceedings is very important and contains a great deal of excellent material. The committee is going to move to your old archdiocese in Winnipeg tomorrow, where we hope to hear from those outspoken Manitobans. You support palliative care in the church, and quite remarkable work in palliative care has been done in this area.

Archbishop Exner: Yes, very much so.

Senator Perrault: You know Western Canada quite well. There are some indications that some of the smaller communities do not have access to palliative care. There is almost a double standard for people facing terminal illnesses here as compared to some other communities in Western Canada.

Is there anything we can do about that?

Archbishop Exner: My brief suggests that this is an area into which we have to look and leave no stone unturned. None of us are insensitive to suffering and to the need to relieve suffering as much as possible. I certainly agree that this is something we have to study very carefully.

Senator Perrault: Are the churches working together in Western Canada?

Archbishop Exner: Certainly the Catholic hospitals are doing everything in their power to develop palliative care. It is a reality in our hospitals.

Senator Perrault: That is a good initiative.

Archbishop Exner: I recognize the problem in the more remote communities, but by choosing to live in more remote communities people also choose the disadvantages that come from doing that, not only in the area of health care, but in many other areas, such as education, social services and so on. They cannot be as readily available in those communities.

Senator Perrault: The argument is often invoked, however, that people are suffering terribly. If you do not believe in legalizing euthanasia, what do you offer in its place? Palliative care is part of that.

Archbishop Exner: There is palliative care, and I would like to put a very special emphasis on pastoral care, which generally people even in remote areas have available to them. We must not underestimate the power of pastoral care for patients who are suffering, because pastoral care gives meaning to suffering. Suffering is at its worst when it leaves the person in a state of hopelessness, meaninglessness and purposelessness. Pastoral care enables the patient to find meaning in it. I speak from my own experience of having seen patients who suffered terribly, but were at peace inside and had courage and strength. I would

[Traduction]

L'archevêque Exner: C'est précisément la distinction entre l'euthanasie, le suicide assisté et laisser quelqu'un mourir avec raison. Dans certains cas, lorsque l'agonie a commencé, je ne crois pas que nous ayons raison de prolonger cette agonie et de causer encore plus de douleur et de souffrance.

Le sénateur Beaudoin: Je suis d'accord. Merci.

Le sénateur Perrault: Excellence, votre contribution à nos audiences est très importante et nous donne beaucoup de matière à réflexion. Le comité se rend demain dans votre ancien diocèse de Winnipeg, où nous espérons entendre les Manitobains, qui n'ont pas la langue dans leur poche. Vous appuyez les soins palliatifs et le travail assez remarquable des unités de soins palliatifs dans ce domaine.

L'archevêque Exner: Beaucoup.

Le sénateur Perrault: Vous connaissez très bien l'Ouest canadien. D'après certaines indications, de petites collectivités n'ont pas accès aux soins palliatifs. Il y a presque deux poids deux mesures pour les malades en phase terminale ici et dans d'autres villes de l'ouest du pays.

Pouvons-nous y faire quelque chose?

L'archevêque Exner: J'indique dans mon mémoire que c'est une question sur laquelle nous devons nous pencher et ne ménager aucun effort. Aucun d'entre nous n'est insensible à la souffrance et à la nécessité de l'apaiser le plus possible. Je suis certainement d'accord que c'est une question que nous devons étudier avec soin.

Le sénateur Perrault: Les Églises collaborent-elles dans l'Ouest canadien?

L'archevêque Exner: Les hôpitaux catholiques font certainement tout ce qu'ils peuvent pour développer les soins palliatifs. C'est une réalité dans nos hôpitaux.

Le sénateur Perrault: C'est une bonne initiative.

L'archevêque Exner: Je suis conscient du problème dans les régions éloignées, mais en choisissant de vivre dans ces régions, les gens acceptent aussi les inconvénients que cela comporte, non seulement dans le domaine des soins de santé mais dans beaucoup d'autres domaines, comme l'éducation, les services sociaux, et cetera. Ces services ne sont pas aussi faciles à obtenir dans ces régions.

Le sénateur Perrault: On invoque toutefois souvent l'argument que les gens souffrent terriblement. Si vous ne croyez pas en la légalisation de l'euthanasie, que proposez-vous à sa place? Les soins palliatifs sont un élément de solution.

L'archevêque Exner: Il y a les soins palliatifs, et j'aimerais insister tout particulièrement sur les services de pastorale, que même les gens dans les régions éloignées peuvent généralement trouver facilement. Nous ne devons pas sous-estimer le pouvoir de la pastorale pour les patients qui souffrent, parce que la pastorale donne un sens à la souffrance. La souffrance est la pire quand elle laisse le patient dans un état de désespoir et d'inutilité. La pastorale permet au patient de donner un sens à la souffrance. Je parle par expérience, puisque j'ai vu des patients qui souffraient terriblement mais qui avaient la paix intérieure, du courage et de

[Texte]

sometimes go to cheer them up and strengthen them, but when I left I would ask myself, "Who comforted whom?" Sometimes these patients have absolutely amazed me.

Senator Perrault: There are benefits on both sides of the relationship.

Archbishop Exner: Oh yes, but I think that pastoral care has tremendous power to help patients find the purpose of suffering and to make it bearable.

The Chairman: Who do you think should make the determination of when treatment is too burdensome or excessive?

Archbishop Exner: There are two elements in deciding whether treatment is ordinary or extraordinary. The first is: Is it useless? That is a medical decision. The medical professionals are the ones competent to decide when it is useless. The second is: Is it burdensome? For that, you have to go to the individual, and there is an element of subjectivity in there. What may be overly burdensome for one person may not be overly burdensome for another. There is a certain amount of relativity and subjectivity in that area, but it is the patient who has to decide. If it is terribly burdensome, the patient can say, "I have had enough." My brother did that and I think he was fully justified in doing so.

Senator Keon: Archbishop Exner, we have been pursuing with other witnesses the question relating to recommendation 6 in your brief. Recommendation 6 says:

Clarify the crucial legal difference between the freedom to commit suicide and the right to suicide.

We have already spent a lot of time on this.

In your opinion, if suicide were a right rather than a freedom, would that place an obligation on Canadian society to accommodate it?

Archbishop Exner: If society recognizes something as a right, it also has to help protect and promote the rights of individuals. I would hate to see a country do that. I have trouble with that.

Senator Lavoie-Roux: Your recommendation 7 says:

Clarify the difference between palliative care and active euthanasia with respect to the administration of pain relief measures.

With regard to the hard cases, you seem to say that palliative care does not remedy all pain and that sedation and putting people to sleep might be the —

Archbishop Exner: Yes, painkillers which have a twofold effect. That is where the famous principle of "double effect" comes into play. On the one hand, it relieves the patient's pain but on the other hand, it hastens the onset of his or her death. We believe that this is morally justifiable by the principle of "double effect", which is often misunderstood.

[Translation]

la force. J'allais souvent les voir pour leur remonter le moral et leur donner du courage, mais quand je les quittais, je me demandais qui avait réconforté qui. Ces patients m'ont parfois complètement renversé.

Le sénateur Perrault: C'est enrichissant des deux côtés.

L'archevêque Exner: Oh oui, mais je pense que la pastorale peut énormément aider les patients à trouver un sens à la souffrance et à la rendre supportable.

La présidente: Qui, selon vous, devrait déterminer si le traitement est trop lourd ou excessif?

L'archevêque Exner: Deux questions permettent de déterminer si le traitement est ordinaire ou extraordinaire. La première est: le traitement est-il inutile? C'est une décision médicale. Il revient aux médecins de décider quand le traitement devient inutile. La seconde est: Le traitement est-il un fardeau? Pour y répondre, il faut s'adresser au patient. Il y a une part de subjectivité. Ce qui peut être trop lourd à supporter pour une personne peut ne pas l'être pour un autre. Il y a une part de relativité et de subjectivité dans ce domaine et il revient au patient de décider. Si le traitement est terriblement difficile à endurer, le patient peut dire qu'il en a assez. C'est ce qu'a fait mon frère et je pense qu'il avait tout à fait raison de réagir ainsi.

Le sénateur Keon: Monseigneur Exner, nous avons posé aux autres témoins la question qui se rapporte à votre recommandation n° 6. Cette recommandation se lit comme suit:

Préciser la différence juridique cruciale entre la liberté de se suicider et le droit de se suicider.

Nous avons déjà consacré beaucoup de temps à cette question.

À votre avis, si le suicide était un droit plutôt qu'une liberté, la société canadienne serait-elle tenue de s'en accommoder?

L'archevêque Exner: Si la société reconnaît que quelque chose est un droit, elle doit aussi protéger et promouvoir les droits individuels. Il me déplairait beaucoup qu'un pays en arrive là. J'ai du mal à l'accepter.

Le sénateur Lavoie-Roux: Votre recommandation n° 7 se lit comme suit:

Préciser la différence entre les soins palliatifs et l'euthanasie active, en ce qui concerne l'application des mesures de soulagement de la douleur.

Dans les cas extrêmes, vous semblez dire que les soins palliatifs n'apaisent pas toute la douleur et que les calmants et les somnifères pourraient être. . .

L'archevêque Exner: Oui, les calmants qui ont un double effet. C'est à ce niveau là qu'entre en jeu le fameux principe du «double effet». D'un côté, on apaise la douleur du patient, mais de l'autre on rend la mort plus proche. Nous pensons que les sédatifs sont moralement justifiables en vertu du principe du «double effet», qui est souvent mal compris.

[Text]

Senator Lavoie-Roux: Some people have said that this is a bit of a play on words.

Archbishop Exner: If you have a correct understanding of the principle of "double effect", you will understand that it is not a play on words. That principle is not that simple. The principle is that an action can be justifiable when it has two effects, provided that four conditions be verified.

I should preface what I am going to say now by saying that in human experience there are probably very few, if any, human acts which have only good consequences and only bad consequences. Most of our acts have some good effects and some bad effects. For example, on one hand the air we breathe supplies us with the oxygen we need, but on the other hand it contains a lot of pollution which is harmful to us. There is a good effect and a bad effect. Working in a coal mine is not good for my lungs, yet it allows me to bring home the bacon for my family. Most of our actions are like that. If we wished to limit ourselves to only those actions which have no bad effects, we would be paralysed, we would have to stop living.

This principle of "double effect" applies to almost everything we do, and it is justifiable under four conditions. The first condition is that the good effect is not produced by the bad. You cannot do evil so that good may come from it. Another way of saying that is that the end does not justify the means. I think everyone understands that. This is also part of our scriptural teaching, but I think everyone understands that the end does not justify the means. You do not do something bad so that some good will come from it.

The second condition is that the act itself be either morally good or at least indifferent, because it is never right to want something that is morally bad.

The third condition is that you intend only the good effect, because it is always wrong to want something that is evil.

The fourth condition is that there be a proportion between the good that I seek and the bad that I allow to happen. If a house is on fire and I endanger my life to save a pet, that is an unproportionate effect. On the other hand, if I go into a burning house to bring out my child, I put my own life at risk to save the life of my child. There is a proportion there.

Under those four conditions, all actions that have equally immediate double effects can be justified. It is not just playing with words. There is an objective reality here, a truth that is at stake. It is not just a question of words if one understands this principle.

Senator Corbin: At least two lay witnesses — and I use that term expressly — in Ottawa alluded to the mourning period that follows death. I have no personal experience in this, but, apparently, in the case of suicidal death or deaths of that nature the mourning period may be very difficult for close friends, parents, and others.

Of course, in a world where self-determination — self-disposal — is supreme, that may not be a subject of concern. You seek

[Traduction]

Le sénateur Lavoie-Roux: Certains prétendent que c'est un jeu jouer sur les mots.

L'archevêque Exner: Lorsqu'on comprend bien le principe du «double effet», on comprend qu'on ne joue pas avec les mots. Ce principe n'est pas simple. Il prévoit qu'un acte peut être justifié lorsqu'il a deux effets, pourvu que quatre conditions soient respectées.

Je précise avant d'aller plus loin que, dans la vie, probablement très peu d'actes, voire aucun, n'ont que des conséquences positives ou que des conséquences négatives. La plupart de nos actes ont de bons effets et de mauvais effets. Par exemple, d'un côté l'air que nous respirons nous fournit l'oxygène dont nous avons besoin, mais de l'autre, il est pollué et cette pollution nous est nocive. Il y a un bon effet et un mauvais effet. Travailler dans une mine n'est pas bon pour les poumons, mais cela permet de faire vivre la famille. La plupart de nos actes sont ainsi. Si nous voulions nous limiter uniquement aux actes qui n'ont aucune conséquence négative, nous serions paralysés, nous devrions cesser de vivre.

Ce principe du «double effet» s'applique à presque tout ce que nous faisons et il est justifié à quatre conditions. Premièrement, le bon effet ne doit pas être le fruit du mauvais. On ne peut pas faire le mal afin qu'il en résulte du bien. Une autre façon d'exprimer cette condition est de dire que la fin ne justifie pas les moyens. Je pense que tout le monde le comprend. Cela fait aussi partie de notre enseignement religieux, mais je pense que tout le monde comprend que la fin ne justifie pas les moyens. On ne fait pas le mal afin qu'il en résulte du bien.

La deuxième condition est que l'acte en soi doit être moralement bon ou au moins neutre, parce qu'il n'est jamais bien de vouloir ce qui est moralement mauvais.

La troisième condition est qu'il faut avoir l'intention de faire uniquement le bien, parce qu'il est toujours mal de vouloir le mal.

La quatrième condition est qu'il doit exister un équilibre entre le bien que je cherche à faire et le mal que je laisse faire. Si la maison est en flammes et que je risque ma vie pour sauver un animal domestique, l'effet est disproportionné. Par contre, si j'entre dans une maison en flammes pour sauver mon enfant, je mets ma vie en danger pour sauver celle de mon enfant. Il y a alors un équilibre.

Lorsque ces quatre conditions sont réunies, tous nos actes ont des effets doubles immédiats qui peuvent être justifiés. On ne joue pas simplement avec les mots. Il y a une réalité objective, une vérité en jeu. Ce n'est pas seulement une question de mots lorsqu'on comprend ce principe.

Le sénateur Corbin: Aux moins deux témoins laïcs (et j'emploie délibérément ce terme) à Ottawa, ont fait allusion à la période de deuil qui suit un décès. Je n'ai vécu aucune expérience de ce genre, mais il semble que dans le cas d'un suicide ou d'un décès de cette nature, le deuil est très difficile pour les amis intimes, les parents et les autres.

Il est évident que dans un monde où l'autonomie est primordiale, il n'y a pas lieu de s'inquiéter. On cherche à se

[Texte]

release from your pain, release from life, blackness, and that is it, but there are survivors to these human events.

Archbishop Exner: I can testify to that. I have personal experience of that. I am now in my third diocese. I started out as the Bishop of Kamloops, British Columbia. One day, a priest was sick and they needed a priest to bury a 23-year-old lad who had committed suicide. He was a native boy from the Cha'chewa Reserve. I went. The heaviness that hung over that crowd of mourners was something else. We went to the cemetery and buried the lad. The custom is that as soon as the coffin is put down, they start shovelling.

The pallbearers who did the shovelling were the close friends of the young chap who had killed himself. They had mickies in their back pockets, and as they were shovelling, they pulled them out and took a swig every so often. After it was all over, I had a long talk with these lads. They said, "We did not bring our bottles along to be disrespectful. We needed them to kill the pain." They said that the pain of losing a friend in this way is so terrible; it is different than when someone dies of old age or other "natural causes". There is an element of senselessness, of purposelessness, an element of failure by his friends. Life became meaningless to him, and that is very difficult to accept.

After listening to these young chaps, I agree wholeheartedly that the whole sense of mourning is so different when someone commits suicide than when someone dies of "natural causes". It is very different, much more painful. I have other experiences. That was not the first suicide I buried.

Senator Corbin: I find it significant that witnesses, including yourself, who have appeared before this committee to debate these proposals would raise the matter of mourning. You say that the feelings we experience following the death of someone dear, and the strange feelings that we experience following death in unusual circumstances, such as suicide, may be entirely different.

Is that not indicative that the death of a member of a community has deeper meaning than just an individual significance?

Archbishop Exner: It is more than an individual event. It is a community event.

Senator Corbin: Therefore, life has to be a matter of concern for all of society.

Archbishop Exner: Yes, very much so.

Senator Corbin: The choice of dying or living is not a personal choice.

Archbishop Exner: No. A person who decides to end his life is not only taking his life but is killing society, in a sense. He is hurting society. It has societal dimensions. No human being is an island. We are all interconnected. We are individuals, but we are also social beings. When we say that what the individual does does not concern society, we are denying part of the reality. The human being is an individual, but he is also a social being, he is connected, and we are denying that.

[Translation]

libérer de la douleur, de la vie, de la noirceur et c'est tout, mais il y a des survivants à ces événements.

L'archevêque Exner: Je peux donner des exemples. Je l'ai vécu personnellement. Je suis actuellement dans mon troisième diocèse. J'ai d'abord été évêque de Kamloops, en Colombie-Britannique. Un jour, un prêtre était malade et on avait besoin d'un prêtre pour enterrer un jeune de 23 ans qui s'était suicidé. Il s'agissait d'un autochtone de la réserve Cha'chewa. J'y suis allé. La tristesse du cortège funèbre était vraiment peu commune. Nous sommes allés au cimetière et nous avons enterré ce jeune homme. La coutume veut qu'on commence à pelleter dès que le cercueil est descendu.

Les porteurs qui pelletaient étaient les amis intimes du jeune qui s'était suicidé. Ils avaient de petits flacons d'alcool dans les poches et, tout en pelletant, ils buaient une rasade de temps à autre. Quand tout a été fini, j'ai discuté longuement avec eux. Ils m'ont dit: «Nous n'avons pas apporté les bouteilles par manque de respect. Nous en avons besoin pour apaiser la douleur.» Ils ont ajouté que perdre un ami de cette façon cause une douleur terrible, que c'est différent quand quelqu'un meurt de vieillesse ou d'une autre «cause naturelle». Il y a une impression d'impuissance, de vide, un sentiment d'échec chez les amis. La vie d'un ami perdu tout son sens et c'est difficile à accepter.

Après avoir écouté ces jeunes, je suis tout à fait d'accord que le deuil est très différent, selon que la personne s'est suicidée ou est décédée d'une «cause naturelle». C'est très différent, beaucoup plus douloureux. J'ai vécu d'autres expériences de ce genre. Ce n'était pas la première fois que j'enterrais un suicidé.

Le sénateur Corbin: Je trouve intéressant que les témoins, dont vous-même, qui comparaissent devant notre comité afin de discuter de ces propositions soulèvent la question du deuil. Vous affirmez que les sentiments que nous éprouvons après le décès d'un être cher et les sentiments étranges que nous éprouvons après une mort dans des circonstances inhabituelles, telles qu'un suicide, peuvent être tout à fait différents.

Ne faut-il pas en conclure que le décès d'un membre de la collectivité a un sens qui n'est pas uniquement personnel?

L'archevêque Exner: Ce n'est pas qu'une expérience individuelle. C'est une expérience collective.

Le sénateur Corbin: Par conséquent, la vie doit concerner toute la société.

L'archevêque Exner: Et comment.

Le sénateur Corbin: Choisir de mourir ou de vivre n'est pas un choix personnel.

L'archevêque Exner: Non. Une personne qui décide de mettre fin à ses jours ne fait pas que s'enlever la vie, elle tue la société, jusqu'à un certain point. Elle blesse la société. Il y a des dimensions sociales. Aucun être humain n'est isolé. Nous sommes tous reliés les uns aux autres. Nous sommes des individus mais aussi des êtres sociaux. Quand nous affirmons que ce que fait une personne ne concerne pas la société, nous nions une partie de cette réalité. L'être humain est un individu mais il est aussi un être social, il est relié et nous le nions.

[Text]

Senator Corbin: I saw on television some months ago a confrontation between the Archbishop Cardinal of Montreal and members of the gay community who said that the church had abandoned them. From what we have heard from the spokesperson of the gay community here, I believe that it is out of a sense of despair and feelings of abandonment by society that they are seeking extreme solutions to their desperate living conditions. In other words, they want the Canadian Parliament to legislate assisted suicide to enable third parties to take their lives so that it is not botched, as often happens.

I also believe, after hearing witnesses in Eastern Canada, that society has abandoned these people to themselves. We have all heard the comments that they are getting their just desserts and things like that.

That demonstrates to me that their despair arises out of the fact that we do not care for them, or we do not care enough, or we have not done enough to show the attention that the suffering members of humanity deserve. Is your church doing anything special to correct this?

Archbishop Exner: Yes, we are. We have an organization here in Vancouver which we call "Courage". It is an association of gay people. We have a chaplain for them. They gather quite regularly, and we try to form a community with them, to reach out to them. Also, in St. Paul's Hospital, which is a Catholic Hospital, we have an AIDS unit for the Vancouver area.

Senator Corbin: Yes. We heard about that last night.

Archbishop Exner: Christian and Catholic teachings on the morality of homosexual activity make a distinction between homosexuals and homosexual activity. As Catholics, we cannot condone homosexual activity. Scripture speaks very clearly of the immorality of homosexual activity. We are trying to reach out to homosexual persons, but because we cannot condone what they do, they feel that we are rejecting them, and that is very difficult.

We are trying to reach out to these people. We have a chaplain and we have a hospital that tries to look after them. Nevertheless, those who want to continue their activity cannot participate fully in the life of the church, and therefore they feel rejected. It is a painful situation. I do not know the ultimate answer to that. We are trying our best to reach out to them.

I agree that their experience in society is very often unjustifiable. It is unjustifiable when homosexuals are beaten up, called "fags" and that sort of thing. I have spoken out against that repeatedly. I have done so in writing, in the media, and in church, and I will continue to do so. Homosexuals have very definitely been and are being unjustly treated in that respect.

Senator Beaudoin: Your Grace, you recommend that we clarify the crucial legal difference between freedom to commit suicide and the right to suicide. There is obviously a difference between freedom and right in the field of constitutional law. This is not the first time we have had this debate, and I think we should pay attention to this problem. We will certainly say

[Traduction]

Le sénateur Corbin: J'ai vu à la télévision il y a quelques mois une confrontation entre l'archevêque de Montréal et les membres de la communauté homosexuelle, qui affirmaient que l'Église les a abandonnés. D'après ce que racontaient les porte-parole des homosexuels ici, je crois qu'il y a un sentiment de désespoir et d'abandon de la société, parce qu'ils recherchent des solutions extrêmes à des conditions de vie misérables. Autrement dit, ils veulent que le Parlement autorise le suicide assisté afin de permettre à des tiers de leur enlever la vie et que leur vie ne soit pas bousillée, comme c'est souvent le cas.

Je crois aussi, après avoir entendu les témoins de l'est du pays, que la société a livré ces personnes à elles-mêmes. Nous avons tous entendu dire qu'ils n'ont que ce qu'ils méritent et d'autres remarques du genre.

Cela me démontre que leur désespoir naît du fait que nous ne nous occupons pas d'eux, que nous ne nous occupons pas assez ou que nous n'avons pas porté assez attention à ceux qui souffrent. Votre Église prend-elle des mesures pour corriger cette situation?

L'archevêque Exner: Oui. Nous avons une organisation, ici à Vancouver, appelée «Courage». Il s'agit d'une association d'homosexuels. Ils ont un aumônier. Ils se réunissent assez souvent et nous essayons de former une communauté avec eux, d'aller vers eux. Il y a aussi à l'hôpital St. Paul, un hôpital catholique, une unité de sida pour la région de Vancouver.

Le sénateur Corbin: Oui, nous en avons entendu parler hier soir.

L'archevêque Exner: L'enseignement chrétien et catholique sur la moralité et les rapports homosexuels établit une distinction entre les homosexuels et les rapports homosexuels. En tant que catholiques, nous ne pouvons approuver les rapports homosexuels. Les Saintes Écritures parlent clairement de l'immoralité des rapports homosexuels. Nous essayons de tendre la main aux homosexuels, mais parce que nous ne pouvons approuver leur comportement, ils pensent que nous les rejetons, et c'est très difficile.

Nous essayons d'aller vers ces gens. Nous avons un aumônier et un hôpital qui tentent de s'occuper d'eux. Mais ceux qui veulent continuer leur activité sexuelle ne peuvent participer pleinement à la vie de l'Église et ils se sentent donc rejetés. C'est une situation douloureuse. Je n'ai pas de réponse définitive à ce sujet. Nous faisons de notre mieux pour aller vers eux.

Je conviens que les attitudes dans la société sont très souvent inacceptables. Il est inacceptable que des homosexuels soient battus et traités de tous les noms. Je me suis souvent prononcé contre ce comportement. Je l'ai fait par écrit, dans les médias, et à l'église et je continuerai de le faire. Les homosexuels ont très certainement été traités de façon injuste et ils continuent de l'être.

Le sénateur Beaudoin: Excellence, vous recommandez que nous précisions la différence juridique cruciale entre la liberté de se suicider et le droit de se suicider. Il y a évidemment une différence entre une liberté et un droit en droit constitutionnel. Ce n'est pas la première fois que nous en discutons et je pense que nous devrions porter attention à ce problème. Nous dirons

[Texte]

something about this question of freedom and right. I personally do not believe that they are exactly the same thing. We have used the words "freedom" and "rights" in the Constitution of Canada and in the Canadian Bill of Rights because there is obviously a difference between the two.

Archbishop Exner: Much of this is based on the individualism which we are experiencing in our society. Many say, "Forget about the fact that we are social beings and have social obligations. What I do to my individual self is of no concern to others." I do not believe that that is true. Even the Charter of Rights reflects individualism. The Charter of Rights does not focus on societal rights, on group rights. I hope that some day we can change that. We have to recognize that the human being is an individual, that there are individual rights, and the Charter of Rights does an excellent job of protecting those rights, but we are also social beings, and societal rights — rights of institutions, rights of associations, rights of groups — should likewise be given due attention, which I am afraid they are not receiving.

Senator Beaudoin: I think you are right. The French *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* of 1789 and the Bill of Rights inspired by Thomas Jefferson were obviously based on individual rights. In 1982, when we enshrined in our Constitution the Canadian Charter of Rights and Freedoms, we obviously based that Charter on individual rights, but at the same time we protected linguistic rights, which is a debatable subject because some people say it is individual and others say it is collective. We put an article in the Constitution to protect aboriginal rights, which obviously are not individual rights but collective rights. Section 93 of our Constitution protects the group rights of Catholics and Protestants in their schools. That is in the Constitution of Canada.

Today, people have a tendency to "characterize" our lives in every aspect, but that may be an exaggeration. There are also such things as societal values and collective rights. In the future, we must be much more precise in that regard. If a thing is not in the Criminal Code, we may do it without committing a crime. However, whether it becomes a fundamental right is another story.

Archbishop Exner: I am also wondering whether it is wise to try to write down all the rights. I am a strong believer in the British common law tradition, because if you depend on having everything written down, it is assumed that you do not have a right if it is not written.

Senator Beaudoin: We have a civil code in Quebec of which we are very proud. However, in the field of constitutional law we should not write everything, because society is evolving all the time. The same is true in the field of rights.

We have a long way to go. The Supreme Court has done a beautiful job in the field of human rights, but the Parliament of Canada should also do its job.

[Translation]

certainement quelque chose à propos de cette question de la liberté et du droit. Personnellement, je ne crois pas que ce soit exactement la même chose. Nous avons employé les mots «liberté» et «droit» dans la Constitution du Canada et dans la Charte des droits et libertés parce qu'il y a évidemment une différence entre les deux.

L'archevêque Exner: C'est beaucoup lié à l'individualisme que nous constatons dans la société. Bien des gens disent qu'il faut oublier que nous sommes des êtres sociaux et que nous avons des obligations sociales. Ce qu'ils font de leur vie ne concerne personne d'autre. Je ne crois pas que ce soit vrai. Même la Charte des droits et libertés exprime l'individualisme. Elle ne met pas l'accent sur les droits de la société, sur les droits collectifs. J'espère qu'un jour nous pourrions corriger les choses. Nous devons reconnaître que l'être humain est un individu, qu'il y a des droits individuels et que la Charte des droits et libertés réussit très bien à protéger ces droits, mais nous sommes aussi des êtres sociaux, et les droits sociaux (les droits des institutions, des associations, des groupes) devraient eux aussi recevoir l'attention qu'ils méritent. Je ne crois pas que ce soit le cas actuellement.

Le sénateur Beaudoin: Je pense que vous avez raison. La Déclaration française des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et la Charte des droits inspirées par Thomas Jefferson reposaient de toute évidence sur les droits individuels. En 1982, quand nous avons enchâssé la Charte canadienne des droits et libertés dans notre Constitution, nous nous sommes bien entendu inspirés de la Charte des droits individuels, mais nous avons aussi protégé les droits linguistiques, ce qui est discutable, parce que certains prétendent qu'il s'agit de droits individuels et d'autres, de droits collectifs. Nous avons prévu dans la Constitution un article qui protège les droits des autochtones, qui sont bien sûr des droits collectifs et pas des droits individuels. L'article 93 de notre Constitution protège les droits collectifs des catholiques et des protestants dans leurs écoles. Tout cela se trouve dans la Constitution du Canada.

De nos jours, les gens ont tendance à «individualiser» tous les aspects de nos vies, mais c'est peut-être une exagération. Il y a aussi des valeurs sociales et des droits collectifs. À l'avenir, nous devons être beaucoup plus précis à cet égard. Si un acte n'est pas prévu dans le Code criminel, on peut le faire sans que ce soit un acte criminel. Mais quand il est question d'un droit fondamental, c'est une autre histoire.

L'archevêque Exner: Je me demande également s'il est sage d'essayer de définir tous les droits noir sur blanc. Je crois fermement à la tradition de la common law britannique, parce que, lorsqu'on dépend de tout ce qui est écrit, on suppose qu'un droit n'existe pas s'il n'a pas été défini par écrit.

Le sénateur Beaudoin: Il y a au Québec le code civil dont nous sommes très fiers. Mais dans le domaine du droit constitutionnel, nous ne devrions pas tout écrire, parce que la société évolue sans cesse. C'est aussi vrai dans le domaine des droits.

Nous avons beaucoup de chemin à parcourir. La Cour suprême a fait un travail remarquable dans le domaine des droits de la personne, mais le Parlement devrait lui aussi faire sa part.

[Text]

Archbishop Exner: Yes, lest we end up having the Supreme Court creating legislation, which is something of which I am a little afraid.

Senator Beaudoin: Government by judges.

Archbishop Exner: That is right. That is why we elect a government. Government should legislate, not the Supreme Court.

The Chairman: Thank you very much, Your Grace.

Our next witness will be Ms Cheryl Eckstein from Compassionate Healthcare Network.

Please proceed, Ms Eckstein.

Ms Cheryl M. Eckstein, Founder and President, Compassionate Healthcare Network: Ladies and gentlemen of this honourable Senate, I would like to thank you, on behalf of our organization, for the opportunity to address this committee.

Our network uses the acronym CHN. We are a research and public educational organization which provides speakers, workshops, and research data pertaining to euthanasia and assisted suicide to professionals, churches, lay organizations, and individuals.

CHN's work is international. Our board consists of doctors, lawyers, health care workers, and lay people. With me today as medical advisers are two board members: Dr. Michael Newton, a family practitioner from Abbotsford, British Columbia, who received his training in South Africa, and Dr. Robert Pankratz, a family physician from Clearbrook, British Columbia, who is here to help ensure that time is not wasted with unnecessary duplication, as you heard from him yesterday as a representative of Canadian Physicians for Life.

Before we present our executive summary, of which you now have a copy, I would like to present to the committee 360-plus letters which we have received from very concerned citizens across our nation who oppose euthanasia and physician-assisted suicide. They have sent these letters to Compassionate Healthcare Network requesting that we present them to you personally. These letters come from every province in Canada. As you can see, we have attached a yellow and white ribbon to the envelope. The colour yellow represents our concern that patients will have the peace of mind that their doctors will do them no harm, and our hope for the safety of patients when they are in the care of physicians. The colour white represents our hope that physicians will not stain their profession with the act of euthanasia.

The Chairman: Thank you.

Ms Eckstein: I will now proceed to read from our executive summary entitled, "Physician Assisted Death: Is it right for Canada?"

With the establishment of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, which intended to guarantee equal rights for all Canadians, the Honourable Jean Chrétien stated:

[Traduction]

L'archevêque Exner: Oui, sinon c'est la Cour suprême qui finira par créer les lois et cela m'inquiète un peu.

Le sénateur Beaudoin: Le gouvernement des juges.

L'archevêque Exner: Exactement. Voilà pourquoi nous élisons un gouvernement. Le gouvernement devrait légiférer, pas la Cour suprême.

La présidente: Merci beaucoup, excellence.

Nos prochains témoins seront Mme Cheryl Eckstein de *Compassionate Healthcare Network*.

Vous avez la parole, madame Eckstein.

Mme Cheryl Eckstein, fondatrice et présidente, Compassionate Healthcare Network: Mesdames et messieurs, membres du Sénat, au nom de notre organisation, j'aimerais vous remercier de nous donner l'occasion d'exprimer notre point de vue au comité.

Notre réseau utilise l'acronyme CHN. Nous sommes une organisation de recherche et de sensibilisation qui présente des conférences, des ateliers et des statistiques sur l'euthanasie et le suicide assisté aux professionnels, aux Églises, aux organisations laïques et aux particuliers.

Les travaux du CHN ont une envergure internationale. Notre conseil d'administration comprend des médecins, des avocats, des professionnels de la santé et des citoyens intéressés. M'accompagnent aujourd'hui à titre de conseillers médicaux deux membres du conseil, soit le docteur Michael Newton, médecin de famille d'Abbotsford, en Colombie-Britannique, qui a été formé en Afrique du Sud, et le docteur Robert Pankratz, médecin de famille de Clearbrook, en Colombie-Britannique, qui est ici pour veiller à ce que nous ne perdions pas de temps par des doubles emplois inutiles, vu que vous l'avez entendu hier représenter les *Canadian Physicians for Life*.

Avant de vous présenter notre résumé, dont vous avez maintenant copie, j'aimerais remettre au comité plus de 360 lettres que nous avons reçues de citoyens très préoccupés de notre pays qui s'opposent à l'euthanasie et au suicide assisté par un médecin. Ils ont fait parvenir ces lettres au *Compassionate Healthcare Network* et nous ont demandé de vous les remettre personnellement. Ces lettres viennent de toutes les provinces du Canada. Comme vous le voyez, nous avons mis un ruban jaune et blanc sur l'enveloppe. Le jaune représente notre souci que les patients aient la certitude que leurs médecins ne leur feront pas de mal et notre espoir en la sécurité des patients lorsqu'ils sont soignés par les médecins. Le blanc représente notre espoir que les médecins n'entacheront pas leur profession par l'euthanasie.

La présidente: Merci.

Mme Eckstein: Je lirai maintenant notre résumé intitulé: «La mort assistée par un médecin: La solution pour le Canada?».

Lors de l'adoption de la Charte canadienne des droits et libertés, qui visait à garantir des droits égaux à tous les Canadiens, l'honorable Jean Chrétien avait déclaré:

[Texte]

We have the occasion. . .to build. . .a Canada which will protect the weakest in society.

This is the theme of this brief. It is our position that the present legislation prohibiting assistance in suicide or in any form of intentional homicide is necessary to protect the vulnerable of Canada. This brief discusses the tenuous position of some of the weaker members of our society: the aged, the mentally and physically handicapped or ill, the institutionalized, the incompetent, and those who are easily influenced by the opinions of others. Tied into this is an analysis of the failure of safeguards to protect those who are particularly at risk. Also included is some necessary discussion of definition and rhetoric that abounds in this debate.

There is also a specific examination of legislation and court decisions in the Netherlands, Canada, and the United States, as well as a look at the current practice of euthanasia in the Netherlands and medical opinion in a worldwide sense.

Our brief is divided into five specific areas, the first entitled, "Who are the Vulnerable?" Certain segments of our population are identified as being particularly at risk to a decay in their right to life, should euthanasia become legalized. They include the aged, who are in a position of diminished power, decreasing resources, and decreasing health. The aged are, at the same time, recipients of increasing abuse and negative public stereotyping that leads them to feel that they are a burden on society. Suicide risk is already increased in the elderly.

Overlapping with this group are the victims of cancer who, in some cases, have poor pain control. The prevalent problem of inadequate pain relief, which would be largely eradicated with good palliative care, also leads to an unbalanced pressure toward mercy killing.

Suicidal members of society would be particularly vulnerable if assisted suicide became readily available. Scientific evidence to date shows that at least 95 per cent of suicides are a result of mental illness, not unbearable pain. In Canada, suicide rates are escalating. Suicide is noted to be contagious. Suicide in a parent can particularly complicate the grief of the offspring, who often feel somehow responsible for the death. The recent acquittal of a Dutch psychiatrist for assisting in the suicide of a depressed and grieving 50-year-old woman highlights the fact that once euthanasia is condoned, it will include people who have readily reversible mental illnesses.

Particularly pernicious is the medical killing of disabled newborns, which is increasingly occurring in the public eye. In the Netherlands, "Baby Martha" was administered a lethal injection when physicians told her parents that the prognosis of her physical malformations was severely bleak. Her deformities bore a marked resemblance to the American case of "Baby Jane Doe", whose parents won the legal right to allow her to die of her medical condition without treatment in 1983. After the two-week

[Translation]

Nous avons la possibilité [. . .] d'édifier [. . .] un Canada qui protégera les plus démunis de la société.

Voilà le thème de notre mémoire. Nous sommes d'avis que la législation actuelle, qui interdit l'aide au suicide ou toute forme d'homicide volontaire, est nécessaire pour protéger les personnes vulnérables au Canada. Notre mémoire traite de la position fragile de certains des membres les plus faibles de notre société: les vieillards, les handicapés ou malades physiques et mentaux, les personnes dans les établissements de soins de longue durée, les personnes inaptes à prendre des décisions et celles qui sont facilement influencées par les opinions des autres. Il contient aussi une analyse de l'échec des mesures de précaution destinées à protéger ceux qui sont particulièrement vulnérables. Il y a aussi une analyse nécessaire des définitions et de la rhétorique qui abonde dans ce débat.

Le mémoire contient aussi un examen de la législation et des décisions des tribunaux aux Pays-Bas, au Canada et aux États-Unis ainsi qu'un coup d'oeil sur les pratiques actuelles d'euthanasie aux Pays-Bas et sur l'opinion médicale à l'échelle mondiale.

Notre mémoire est divisé en cinq chapitres distincts, le premier étant intitulé: «Qui sont les personnes vulnérables?» Certaines couches de notre population sont particulièrement menacées par un affaiblissement de leur droit à la vie, si l'euthanasie était légalisée. Elles comprennent les personnes âgées, ceux dont les pouvoirs, les ressources et la santé sont réduits. Les personnes âgées sont en outre de plus en plus victimes d'abus et de clichés négatifs dans le public qui les poussent à se sentir un fardeau pour la société. Les risques de suicide ont déjà augmenté chez les vieillards.

Faisant parfois partie du même groupe se trouvent les victimes du cancer qui, dans certains cas, ont du mal à soulager leur douleur. Le problème courant de la douleur non soulagée, qui serait grandement réglé par de bons soins palliatifs, crée aussi des pressions déséquilibrées en faveur du meurtre par compassion.

Les membres suicidaires de la société seraient particulièrement vulnérables si le suicide assisté devenait facile à obtenir. Des preuves scientifiques démontrent qu'au moins 95 p. 100 des suicides découlent d'une maladie mentale et non d'une souffrance insoutenable. Au Canada, les taux de suicide grimpent en flèche. On sait que le suicide est contagieux. Le suicide d'un parent peut compliquer de manière toute particulière la peine de l'enfant, qui se sent souvent responsable du décès. L'acquiescement récent d'un psychiatre hollandais qui avait aidé une femme de 50 ans déprimée et en deuil fait ressortir le fait qu'une fois l'euthanasie approuvée, elle touchera des gens qui ont des maladies mentales faciles à guérir.

Le meurtre médical des nouveaux-nés handicapés, qui se pratique de plus en plus au grand jour, est particulièrement pernicieux. Aux Pays-Bas, «Bébé Martha» s'est fait administrer une injection mortelle lorsque les médecins ont dit aux parents que les perspectives de ses malformations physiques étaient très sombres. Ses difformités ressemblaient étrangement à celles de «Bébé Unetelle» aux États-Unis, dont les parents avaient obtenu le droit légal de la laisser mourir de sa maladie sans traitement en

[Text]

court battle, the parents decided to have their child treated after all. Interestingly, as this child developed, the child's dreadful prognosis proved to be largely erroneous. This highlights the fact that physician predictions are not only unreliable, but also tend to be exaggerated toward the negative.

Disabled adults form another large group of people who have been characterized, as in the Rodriguez case, as having lives that are not worth living, simply due to their dependency upon others. It can be seen that disabled people who sustain a wish to die often do so for psychological reasons based upon their pre-morbid personalities, rather than on their circumstances, *per se*.

Since euthanasia is being "medicalized" and given an air of respectability when cloaked in the garb of the medical profession, it is important to look at the historical role of the physician in medical care. Doctors have been seen as having a duty to protect the lives of their patients, and this has engendered a high degree of trust in the profession. This trust is being hijacked and will be lost if physicians include in their clinical judgment the acceptability of a person's suffering or their worthiness to remain alive.

This is particularly important with respect to the final group, the vulnerable, not mentioned above, who are the incompetent and comatose. Since large numbers of patients are being given lethal injections in the Netherlands for "tiredness of life" or "loss of dignity", including decisions taken on behalf of the incompetent, it can be seen that physicians are using subjective criteria of dependence, or even scarce resources, to decide who should live or die. Not only has euthanasia never been restricted to the competent person requesting it, but there appears to be the overt inclusion of the incompetent in the agenda of the euthanasia proponents.

Since a significant percentage of terminal diagnoses turn out to be wrong at autopsy, and a significant number of people improve who are thought to be terminal when treatment is removed, it should be seen that nontreatment decisions are vastly different from active mercy killing. The medical profession can show a profound respect for the boundaries of life by allowing death to occur naturally when treatments are no longer beneficial. To actively intervene by accelerating death will result in the deaths of some people who were not actually terminal and will also result in the removal of opportunity for some people to complete the dying process and finish their important social and spiritual business, including the closure of their relationships. The importance of this final stage of life cannot be overemphasized, as will readily be verified by anyone who practises palliative care.

Definitions are discussed in this brief, because the term "euthanasia" is used only in a very restricted sense in the Netherlands; that is, to connote active voluntary mercy killing. However, in Canada, the term has been used by some to include standard medical practices, such as the administration of

[Traduction]

1983. Après une bataille de deux semaines devant les tribunaux, les parents ont décidé de faire soigner leur enfant après tout. Fait intéressant à souligner, cette enfant s'est développée et le sombre pronostic à son sujet s'est avéré très erroné. Cela fait ressortir non seulement le fait que les prédictions des médecins ne sont pas fiables mais aussi qu'elles tendent à être exagérément négatives.

Les adultes handicapés forment un autre important groupe de personnes dont on a dit, comme dans l'affaire Rodriguez, que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, simplement parce qu'ils dépendent des autres. On peut voir que les handicapés qui souhaitent mourir le font souvent pour des raisons psychologiques liées à leurs personnalités prémorbides plutôt qu'aux circonstances proprement dites.

Étant que l'euthanasie est «médicalisée» et prend un air de respectabilité lorsqu'elle se présente sous le manteau de la profession médicale, il importe de jeter un coup d'oeil sur le rôle historique des médecins dans les soins médicaux. On a considéré que les médecins avaient le devoir de protéger la vie de leurs patients et on a donc fait grandement confiance à la profession. Cette confiance est menacée et disparaîtra si les médecins incluent dans leur jugement clinique l'acceptabilité d'une personne qui souffre de rester en vie.

Ce facteur est particulièrement important pour le dernier groupe de personnes vulnérables, dont nous n'avons pas encore parlé, les personnes inaptes et comateuses. Étant donné qu'aux Pays-Bas un grand nombre de patients reçoivent des injections mortelles parce qu'ils sont «fatigués de la vie» ou ont «perdu leur dignité», entre autres par suite de décisions prises au nom des personnes qui ne sont pas lucides, on peut constater que les médecins font appel à des critères subjectifs de dépendance, ou même de ressources limitées, pour décider qui devrait vivre ou mourir. Non seulement l'euthanasie n'a jamais été limitée aux personnes lucides qui en font la demande, mais il semble que les personnes non lucides soient clairement incluses dans les personnes visées par les partisans de l'euthanasie.

Étant donné qu'un important pourcentage de diagnostics de maladies terminales s'avère erronés à l'autopsie et qu'un grand nombre de patients qu'on croyait en phase terminale s'améliorent lorsque le traitement est interrompu, on devrait reconnaître que refuser un traitement est très différent du meurtre par compassion. Les médecins peuvent montrer un profond respect pour les limites de la vie en permettant à la mort de venir naturellement lorsque les traitements deviennent inutiles. Intervenir activement en abrégant les jours entraînera la mort de malades qui ne sont pas en phase terminale et empêchera aussi certaines personnes de terminer leur agonie après avoir mis un terme à leur importante vie sociale et spirituelle, y compris en faisant leurs adieux. On ne saurait trop insister sur l'importance de cette dernière étape de la vie, comme le confirmeront facilement tous ceux qui participent aux soins palliatifs.

Il est question de définitions dans ce mémoire, parce que le terme «euthanasie» ne peut être employé que dans un sens très limité aux Pays-Bas; à savoir pour désigner un meurtre par compassion volontaire et actif. Mais au Canada, ce terme a été employé pour désigner quelques pratiques médicales standard,

[Texte]

adequate narcotic to relieve pain, and the withdrawal of disproportionate or unwanted treatment which may allow death to occur.

The concept of autonomy is also discussed, since euthanasia proponents have argued that to preserve personal control, this so-called right must be legalized. It is argued in this brief that euthanasia on demand for the competent terminally ill would result in a loss of rights to life and liberty of the above-named groups and would increase the paternalistic power of the medical profession over even the competent.

Finally, the protection of the inviolability of human life is explained to be contingent upon the attitude of society. To accept the shortening of even one life in society is to dismiss the inviolability and dignity of all human life.

The legal situation in both the Netherlands and Canada are outlined in this paper. Simplistically speaking, the only difference between Dutch and Canadian law is court precedent in the Netherlands, which allows the physician to kill patients under selected circumstances. The Royal Dutch Medical Association has outlined what they consider to be safeguards in this regard, but these differ from what is allowed by the supreme court of the nation. The safeguards are discussed individually in this paper, and comparisons are drawn between that of the Dutch and the so-called restrictions that would have been applied in the Rodriguez case in Canada, if her petition had been granted. The safeguards are argued to be imprecise and largely ignored by the medical profession.

The seven safeguards are as follows: First, there must be an uncoerced, voluntary choice of the patient. This is fraught with difficulty, because suicidal and terminally ill people are rarely fully competent and have considerable pressure influencing their decision.

Second, the patient must be incurable or terminal. This guideline is certainly disregarded by many physicians in the Netherlands, and so will not likely be complied with in Canada either. As well, it is improbable that this restriction would hold up under constitutional challenge in Canada. In addition, there is no generally accepted medical definition of "terminal condition".

Third, a patient's request must be persistent and well-considered. In the Netherlands, 59 per cent of requests are granted on the day of that request.

Fourth, the patient must have intolerable suffering. Although many people in the Netherlands do have pain, the majority of reasons for euthanasia are largely social, including "loss of dignity". Since suffering need not be physical, criteria are entirely subjective, which means you have to believe what the patient says, and in many cases this is judged solely by outsiders, such as the family and physician. The presence of unrelieved

[Translation]

telles que l'administration de narcotiques pour soulager la douleur et l'interruption d'un traitement disproportionné ou non voulu qui peut entraîner la mort.

Nous discutons aussi de la notion d'autonomie, étant donné que les partisans de l'euthanasie ont soutenu que, pour protéger le contrôle sur sa vie, ce soi-disant droit doit être légalisé. Nous soutenons dans notre mémoire que l'euthanasie sur demande pour les malades en phase terminale lucides ferait perdre le droit à la vie et à la liberté des groupes mentionnés ci-dessus et accentuerait le pouvoir paternaliste des médecins même sur les personnes lucides.

Enfin, nous expliquons que la protection du caractère inviolable de la vie humaine dépend de l'attitude de la société. Accepter d'abréger les jours ne serait-ce que d'une personne revient à rejeter l'inviolabilité et la dignité de toutes les vies humaines.

La situation juridique aux Pays-Bas et au Canada est décrite dans le mémoire. En gros, la seule différence entre le droit hollandais et le droit canadien, c'est la jurisprudence aux Pays-Bas, qui permet au médecin de tuer des patients dans certaines circonstances particulières. L'Association médicale royale hollandaise a décrit ce qu'elle considère être les mesures de précaution à cet égard, mais ces mesures diffèrent de ce qu'a permis la Cour suprême de notre pays. Ces mesures de précaution sont examinées individuellement dans le mémoire et des comparaisons sont établies entre les restrictions hollandaises et celles qui se seraient appliquées dans l'affaire Rodriguez au Canada, si la demande avait été acceptée. Nous estimons que ces mesures de précaution sont imprécises et que les médecins en font souvent très peu de cas.

Les sept mesures de précaution sont les suivantes: Première-ment, il doit y avoir un choix volontaire et libre du patient. Ce critère est très difficile à appliquer, puisque les personnes suicidaires ou les malades en phase terminale sont rarement tout à fait lucides et subissent des pressions considérables qui influencent leur décision.

Deuxièmement, le patient doit être incurable ou en phase terminale. Cette directive n'est certainement pas prise en considération par un grand nombre de médecins hollandais et elle ne sera probablement pas observée non plus au Canada. De plus, il est improbable que cette restriction résistera à une contestation constitutionnelle au Canada. Par ailleurs, il n'y a aucune définition médicale généralement acceptée de ce qui constitue la «phase terminale».

Troisièmement, la demande du patient doit être persistante et mûrement réfléchie. Aux Pays-Bas, on exauce 59 p. 100 des demandes le jour de la demande.

Quatrièmement, le patient doit être en proie à des souffrances intolérables. Même si bien des Hollandais souffrent, la plupart des raisons invoquées pour procéder à l'euthanasie sont largement sociales, y compris la «perte de dignité». Étant donné que la souffrance ne doit pas nécessairement être physique, les critères sont entièrement subjectifs, ce qui signifie qu'il faut croire le patient et que, dans bien des cas, le jugement est porté uniquement

[Text]

pain as a criteria is disturbing, since much of unrelieved pain in terminal cancer today is due to inadequate palliative care.

Fifth, euthanasia must be a last resort. This really means that other options are simply discussed. In reality, if the patient does not wish to try alternate treatments, such as medication for their depression as in the aforementioned psychiatric case, euthanasia is still considered a viable option.

Sixth, the person assisting in a death would need to be a physician. In the case of Sue Rodriguez, the recommended restriction was that she herself perform the active intervention that leads to her death. In the Netherlands, nurses have been implicated in administering euthanasia even without consultation with physicians. In the case of Sue Rodriguez, an alleged third party supposedly administered a lethal substance on her request. Importantly, this came at a time when she was still able to swallow solid food, thereby negating her contention that she needed assistance legalized because she would not be able to swallow the necessary pills.

Seventh, consultation with another physician is mandatory in the Netherlands. This is clearly not followed in many cases, with court sanction.

Since Sue Rodriguez is credited with bringing this issue to the forefront of Canadian thought, some closing comments are made regarding the circumstances and personality of this prominent woman. It is seen that there was a foundation of anger, abandonment, rejection, and fear of the unknown, rather than unrelenting physical torment that led her to seek a premature end to her life. The recently published book on Sue Rodriguez, *Uncommon Will*, by Lisa Hobbs Birnie, is recommended reading.

In conclusion, there is seen by some to be a pressing need for competent, terminally ill, suffering individuals to have a constitutional right to assisted death. However, this would remove the protection of the law for a large vulnerable segment of our society. This includes the incompetent, the elderly, the disabled, the mentally ill, the easily influenced, the institutionalized, the frail and dependent, and those vulnerable to murder masquerading as euthanasia.

The Netherlands experience reveals that restrictions, no matter how carefully thought out, are ineffective in the less-than-ideal private world of the physician-patient encounter. In fact, it can be said that the current state of case law in the Netherlands works more to protect the physician than the patient.

Physician accountability is lacking in our society, and abuses of patients in other ways are currently coming under close scrutiny. To empower physicians to act on what is essentially an untrained moral judgment of someone's quality of life is to open up the potential for enormously increasing abuses. Surely, the legalization of euthanasia would be the worst indictment possible of the Canadian medical system. With increasingly substandard pain

[Traduction]

par des personnes de l'extérieur, comme la famille et le médecin. La présence de douleurs non soulagées est un critère inquiétant, puisque, de nos jours, si les souffrances des cancéreux en phase terminale ne sont pas apaisées, c'est en grande partie à cause de l'insuffisance de soins palliatifs.

Cinquièmement, l'euthanasie doit être un dernier recours. Cela veut dire que d'autres solutions sont simplement évoquées. En réalité, si le patient ne veut pas essayer d'autres traitements, tels que des médicaments contre la dépression, comme dans le cas psychiatrique que nous avons évoqué il y a quelques minutes, l'euthanasie demeure une solution possible.

Sixièmement, la personne qui facilite la mort doit être un médecin. Dans le cas de Sue Rodriguez, la restriction recommandée était qu'elle exécute elle-même l'intervention active menant à sa mort. Aux Pays-Bas, des infirmières ont fait des euthanasies sans consulter les médecins. Dans le cas de Sue Rodriguez, un tiers a supposément administré une substance mortelle à sa demande. Fait important à souligner, cela s'est produit au moment où elle était encore capable d'avaler des aliments solides, ce qui infirme ses allégations qu'elle avait besoin d'une assistance légalisée parce qu'elle n'aurait pas été capable d'avaler les comprimés nécessaires.

Septièmement, il est obligatoire de consulter un autre médecin au Pays-Bas. Il est évident que ce critère n'est pas appliqué dans de nombreux cas, avec le consentement des tribunaux.

Étant donné que Sue Rodriguez a poussé les Canadiens à réfléchir à la question, nous terminons par quelques remarques sur les circonstances et la personnalité de cette femme bien connue. Ce sont des sentiments de colère, d'abandon, de rejet et de crainte de l'inconnu, plutôt que des tourments physiques incessants qui l'ont amenée à chercher à mettre fin prématurément à ses jours. Nous recommandons de lire l'ouvrage récent de Lisa Hobbs Birnie sur Sue Rodriguez intitulé *Uncommon Will*.

En conclusion, certains semblent constater un besoin pressant chez les malades souffrants, lucides et en phase terminale de jouir d'un droit constitutionnel à une mort assistée. Mais ce droit éliminerait la protection prévue par la loi pour un grand nombre de personnes vulnérables de notre société, notamment les personnes inaptes, les aînés, les handicapés, les malades mentaux, les personnes influençables, celles qui se trouvent dans des établissements de soins de longue durée, les personnes fragiles et dépendantes et celles qui risquent d'être tuées sous le couvert de l'euthanasie.

L'expérience hollandaise révèle que des restrictions, même lorsqu'elles sont conçues avec soin, sont inefficaces dans le monde privé loin d'être idéal des relations médecin-patient. De fait, on peut affirmer que l'état actuel de la jurisprudence aux Pays-Bas réussit davantage à protéger le médecin que le patient.

La responsabilité du médecin fait défaut dans notre société et des abus des patients sous d'autres formes sont désormais passés au peigne fin. Permettre aux médecins d'intervenir en fonction de ce qui est essentiellement un jugement moral extérieur sur la qualité de la vie de quelqu'un ouvre la porte à des risques d'abus de plus en plus grands. Il est évident que la légalisation de l'euthanasie serait la pire accusation possible contre le système

[Texte]

relief and even fiscal restraint complicating the picture, we must retain this incentive to advance palliative care, or risk the advent of the easy way out.

There is no doubt that a \$3 lethal injection can save medical costs, but we ask you to look at the moral costs to society of removing the aged, the infirm, the disabled, and the terminally ill. We also risk removing the fortitude of our young people to face even minor sufferings that we all experience on a day-to-day basis. As a society, we cannot lose our will to face suffering boldly, to advance medicine, and to accept the natural dying process, without losing our will to live in support of every member of the larger community.

I would like to speak for a few moments from personal experience. George Berkeley once said: "We raise the dust and then complain we cannot see." That is what is happening today. So much dust has been raised about patients' rights, that much of civilized society is wondering around confused in a catastrophic dust storm. The first dust storm covered a basic tenet about a person's right to life. That dust storm began when a movement of some in society raised their heels against people who were born with defects and disabilities. That group of people were professionals called doctors. Soon, they convinced their colleagues that there were certain unfortunates who should be humanely put out of their misery. They proclaimed it would be cruel to allow such a life to continue, however long it persevered, in such a crippled and defective body.

By the late 1940s, the Universal Declaration of Human Rights was written. Article III of this declaration says that everyone has the right to life, liberty and security of person. By the way, Canada is a co-signer of that declaration. Nowhere in this declaration does it even hint at having the right to assisted death or to be murdered. This declaration was struck at the end of an era when life was undervalued, when millions of human beings were stripped of dignity, freedom and homes, and countless were tortured and slaughtered.

Later, parts of the world seemed to leave the age when medicine had gone mad, but only long enough to catch a breath of fresh air. As soon as the dust settled, people forgot what it was like to live in a dust bowl. Society was approaching the age of so-called enlightenment. Soon, women began to claim they had a right to protect their own life if carrying a child to full term would threaten their life. Very soon, a woman could destroy a life that was unwanted or unplanned, especially if the mother had been raped or conceived a child because of incest.

I feel the personal weight of that discrimination every single day of my life, because I am a child conceived by rape. I was told every day, "You should never have been born. The day you were born, you should have been thrown into the garbage can." I grew up enduring the pain of knowing that I was unwanted and a

[Translation]

médical canadien. Étant donné qu'un soulagement de la douleur de moins en moins à la hauteur et même des restrictions budgétaires viennent compliquer le tableau, nous devons conserver cet encouragement à l'expansion des soins palliatifs ou courir le risque de la solution de facilité.

Il ne fait aucun doute qu'une injection mortelle de 3 \$ peut faire épargner des frais médicaux, mais nous vous demandons de considérer les coûts moraux pour la société de l'élimination des vieillards, des infirmes, des handicapés et des malades en phase terminale. Nous risquons aussi d'enlever à nos jeunes le désir de faire face aux souffrances mineures que nous devons endurer quotidiennement. En tant que société, nous ne pouvons pas perdre la volonté de faire face courageusement à la souffrance, de faire progresser la médecine et d'accepter le processus de la mort naturelle, sans perdre notre volonté de vivre en appuyant chaque membre de la société.

Je ferai maintenant quelques observations fondées sur mon expérience personnelle. George Berkeley a dit un jour: «Nous soulevons la poussière et nous nous plaignons ensuite que nous ne voyons rien.» Voilà ce qui arrive aujourd'hui. On a soulevé tellement de poussière à propos des droits des patients, qu'une grande partie de la société civilisée erre, toute confuse, dans une tempête de poussière catastrophique. La première tempête était liée au principe fondamental du droit à la vie. Elle s'est déclarée lorsque certains membres de la société s'en sont pris aux personnes nées avec des déficiences et des handicaps. Ce groupe, c'était les professionnels qu'on appelle les médecins. Ils ont rapidement convaincu leurs collègues que certains malheureux devaient être libérés de leurs souffrances sans cruauté. Ils ont proclamé qu'il serait cruel de continuer de vivre dans un corps aussi infirme et handicapé.

À la fin des années 40, la Déclaration universelle des droits de l'homme a été rédigée. L'article 3 de cette déclaration stipule que chacun a le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. En passant, le Canada a signé cette déclaration. Il n'est nullement question dans cette déclaration du droit à une mort assistée ou à être tué. Cette déclaration a été rédigée à la fin d'une période où la vie était sous-évaluée, quand des millions d'êtres humains ont perdu leur dignité, leur liberté et leur foyer et qu'un nombre incalculable a été torturé et tué.

Plus tard, des régions du monde ont semblé quitter l'ère d'une médecine ayant perdu la raison, mais seulement quelques instants, le temps de prendre une bouffée d'air. Dès que la poussière est retombée, les gens ont oublié à quoi ressemblait la vie dans la tourmente. La société approchait une période plus éclairée. Très tôt, les femmes ont commencé à soutenir qu'elles avaient le droit de protéger leur propre vie, si porter un enfant menaçait leur vie. Très tôt, la femme a pu détruire une vie non voulue ou imprévue, surtout si elle avait été violée ou que l'enfant avait été conçu dans une relation incestueuse.

Je sens personnellement le poids de cette discrimination chaque jour de ma vie, parce que j'ai été conçue lors d'un viol. On me répétait tous les jours: «Tu n'aurais jamais dû naître. Le jour de ta naissance, on aurait dû te jeter à la poubelle.» J'ai grandi en endurant la peine de savoir que je n'étais pas voulue et que j'étais

[Text]

burden to society, especially to the grandparents who raised me. I personally commiserate with those who feel they are a burden to their family and to society. It is not easy to live in a world where you are resented or not wanted.

At one time, attempting suicide was a crime in Canada, but in 1972 that law was repealed. Attempted suicide was decriminalized for three very good reasons. First, suicide is a symptom of mental illness, and the solution to this problem was seen to be found in areas outside the law. Second, incarceration was shown to increase rather than decrease suicide risk. Third, if the suicide was completed, there was no one to punish. The law was found to be counter-productive in this area and so was repealed.

I understand from a very personal experience why it was decriminalized. Indeed, I wish it had been struck down a year or so earlier. I was probably one of the last persons in Canada to be incarcerated for attempting suicide. In 1972, I suffered from severe depression and sought professional help. I thought I had found a doctor in whom I could trust and confide. Not long after going to him, he violated his ethics and took advantage of me sexually. I had come to him as a patient during a most vulnerable period in my life. After leaving his office, I felt utter and complete shame. This led to a further feeling of ruin and kept me in a state of hopelessness.

My serious suicide attempt landed me in an intensive care unit for 11 days, after which I was transferred to another ward, where caring people helped me to learn how to cope. I also discovered that no one is promised a tomorrow and that life is truly beautiful today.

I concealed the real reason for my suicide attempt. I did not tell anyone about the unethical doctor and what he had done to me. The reason why I did not disclose that pain is clear to me now. I did not feel safe completely trusting any doctor. After 21 days in the hospital, I was released, but as I prepared to leave the hospital, I was greeted by two police officers who promptly took me to jail where I spent 28 hours of sheer hell in a holding cell. The charge was attempted suicide.

My depression recurred as strongly as ever, and the shock of this experience left me feeling even more humiliated. I shudder to think of what I would have done if assisted suicide had been a legal option for me at that vulnerable time in my life.

Even as I speak, I am awaiting the news of the birth of our sixth grandchild. Such are the incredible joys of the gift of life. I might surely have missed these and other wonders.

I believe that physician-assisted death is the radical rejection of human dignity and the antithesis of compassion. Attempted suicide and assisted suicide are poles apart. Make no mistake that many people who suffered from feelings of hopelessness and depression have gone to their grave feeling useless, unwanted, rejected, and abandoned, people who otherwise could have been helped. It would be an absolute tragedy to validate assisted suicide

[Traduction]

un fardeau pour la société, en particulier pour mes grands-parents, qui m'ont élevée. Je compatis personnellement avec ceux qui se sentent un fardeau pour leur famille et pour la société. Il n'est pas facile de vivre dans un monde où l'on se sent rejeté ou non voulu.

À une époque, tenter de se suicider était un crime au Canada, mais en 1972, cette loi a été abrogée. Les tentatives de suicide ont été décriminalisées pour trois bonnes raisons. Premièrement, le suicide est un symptôme de maladie mentale et les solutions à ce problème ne relevaient pas du droit. Deuxièmement, l'incarcération accentuait les risques de suicide au lieu de les faire diminuer. Troisièmement, si le suicide réussissait, il n'y avait plus personne à punir. La loi donnait des résultats contraires à ceux qui étaient recherchés et elle a donc été abrogée.

Je comprends, par expérience personnelle, pourquoi les tentatives de suicide ont été décriminalisées. De fait, j'aurais bien aimé que la loi soit abrogée un an plus tôt. J'ai probablement compté parmi les dernières personnes à être incarcérées au Canada pour tentative de suicide. En 1972, j'étais gravement déprimée et j'ai demandé l'aide de professionnels. Je pensais avoir trouvé un médecin en qui je pouvais avoir confiance et à qui je pouvais me confier. Peu de temps après être allée le voir, il a enfreint son code de déontologie et a abusé de moi sexuellement. J'étais venue le voir comme patiente à une période de ma vie où j'étais la plus vulnérable. Après avoir quitté son bureau, je ne ressentais que de la honte. Je sentais encore plus que j'avais ruiné ma vie et j'étais dans le désespoir le plus complet.

Ma grave tentative de suicide m'a amenée aux soins intensifs durant 11 jours, après quoi j'ai été transférée à un autre service, où des gens bienveillants m'ont aidée à apprendre à faire face aux difficultés. J'ai également découvert que l'avenir de personne n'est certain et que la vie est vraiment belle aujourd'hui.

J'ai caché la vraie raison de ma tentative de suicide. Je n'ai parlé à personne du médecin amoral et de ce qu'il m'avait fait. Je sais maintenant pourquoi je n'ai pas exprimé cette peine. Je ne me sentais pas capable de faire confiance complètement à quelque médecin que ce soit. Après 21 jours à l'hôpital, on m'a donné mon congé, mais au moment de quitter l'hôpital, j'ai été arrêtée par deux policiers qui se sont empressés de m'emmener en prison, où j'ai passé 28 heures d'enfer dans une cellule de détention provisoire. On m'a accusée de tentative de suicide.

Mon état dépressif est revenu plus fort que jamais et le choc de cette expérience m'a humiliée encore plus. Je tremble en pensant à ce que j'aurais fait si le suicide assisté avait été une option légale pour moi à cette étape de ma vie où j'étais si vulnérable.

Aujourd'hui, j'attends les nouvelles de la naissance de notre sixième petit-fils. Le don de la vie apporte des joies tellement incroyables. J'ai certainement raté celles-là et d'autres merveilles.

Je crois que la mort assistée par un médecin est un rejet radical de la dignité humaine et le contraire de la compassion. La tentative de suicide et le suicide assisté sont diamétralement opposés. Soyez assurés qu'un grand nombre de personnes qui ont connu le désespoir et la dépression sont mortes en se sentant inutiles, non voulues, rejetées et abandonnées. On aurait pu les aider. Il serait absolument tragique d'approuver le suicide assisté

[Texte]

and eliminate the suffering person rather than seek ways to eliminate the suffering. Let us focus on the quality of love, compassion and care that we can bring to the suffering and dying.

Senator Lucier: I would like to make a comment. I disagree with many things in this brief, which makes absolutely no difference. I have disagreed with some parts and agreed with others of every brief we have heard so far. That is not the issue.

I am concerned about the last paragraph of your brief where you state:

Physician accountability is lacking in our society, and abuses of patients in other ways are currently coming under close scrutiny. To empower physicians to act on what is essentially an untrained moral judgment of someone's quality of life is to open up the potential for enormously increasing abuses.

You go on to say:

There is no doubt that a \$3 lethal injection can save medical costs but we ask you to look at the moral costs to society of removing the aged, the infirm, the disabled, or the terminally ill.

First, that is not what we were here to discuss. The implication that any doctor in Canada would kill anyone for \$3 is the highest insult I have ever heard. I find it totally unacceptable to say that the accountability of physicians in Canada is lacking. That demeans what we are here to do.

Senator Perrault: I would like to know more about the Compassionate Healthcare Network. How many members do you have, when was it founded, from where does it draw its main support, and so on?

Ms Eckstein: We were founded in 1992. We are a research and educational body. We do not have membership per se, but we are financed by individuals from across Canada, the United States, and Europe who support our cause. We network information to professionals and students. We get many requests from across Canada and the United States.

Senator Perrault: You do not have a palliative care program, is that correct? It is more an educational organization, right?

Ms Eckstein: We are involved in education and research. We were very involved in research in the Sue Rodriguez case and supplied this research to Canadian Physicians for Life.

Senator Perrault: You do not have a formal membership; is that correct?

Ms Eckstein: We have a newsletter called *CHN Facts Brief*, which is distributed internationally. People can subscribe to this, and we do receive some funding from it, but we are a non-profit organization.

[Translation]

et d'éliminer les personnes qui souffrent plutôt que de chercher à éliminer la souffrance. Mettons l'accent sur la qualité de l'amour, la compassion et la bienveillance que nous pouvons apporter aux personnes qui souffrent et qui sont en train de mourir.

Le sénateur Lucier: J'aimerais faire une remarque. Je ne suis pas d'accord avec plein de choses dans ce mémoire, mais cela ne fait absolument aucune différence. Pour tous les mémoires que nous avons entendus jusqu'ici, je ne suis pas d'accord avec certaines parties et je suis d'accord avec d'autres. Là n'est pas la question.

Je m'inquiète du dernier paragraphe de votre mémoire, lorsque vous déclarez:

La responsabilité du médecin fait défaut dans notre société et des abus des patients sous d'autres formes sont désormais passés au peigne fin. Permettre aux médecins d'intervenir en fonction de ce qui est essentiellement un jugement moral extérieur sur la qualité de la vie de quelqu'un ouvre la porte à des risques d'abus de plus en plus grands.

Vous ajoutez:

Il ne fait aucun doute qu'une injection mortelle de 3 \$ peut faire épargner des frais médicaux, mais nous vous demandons de considérer les coûts moraux pour la société de l'élimination des personnes âgées, des infirmes, des handicapés et des malades en phase terminale.

Premièrement, nous ne sommes pas ici pour discuter de cette question. L'implication qu'un médecin au Canada tuerait quelqu'un pour 3 \$ est la pire insulte que j'ai jamais entendue. Je trouve tout à fait inacceptable qu'on affirme que les médecins au Canada sont irresponsables. Cela avilit nos travaux.

Le sénateur Perrault: J'aimerais connaître mieux votre organisme. Combien y a-t-il de membres, quand avez-vous été fondé, d'où proviennent vos plus grands appuis, et cetera?

Mme Eckstein: Nous avons été fondés en 1992. Nous sommes un organisme de recherche et de sensibilisation. Nous n'avons pas de membres à proprement parler, mais nous sommes financés par des particuliers de toutes les régions du Canada, des États-Unis et de l'Europe, qui appuient notre cause. Nous communiquons de l'information aux professionnels et aux étudiants. Nous obtenons de nombreuses demandes du Canada et des États-Unis.

Le sénateur Perrault: Vous n'offrez pas de programmes de soins palliatifs, n'est-ce pas? Il s'agit plutôt d'un organisme de sensibilisation?

Mme Eckstein: Nous faisons de la sensibilisation et de la recherche. Nous avons fait beaucoup de recherches sur l'affaire Sue Rodriguez et avons fourni cette information aux *Canadian Physicians for Life*.

Le sénateur Perrault: Vous n'avez pas de membres officiels, n'est-ce pas?

Mme Eckstein: Nous avons un bulletin intitulé *CHN Facts Brief*, qui est distribué à l'échelle internationale. Les gens peuvent s'y abonner et ces abonnements nous rapportent quelques sous, mais nous sommes un organisme sans but lucratif.

[Text]

Senator Perrault: Do you network with other similar organizations via computer link or something?

Ms Eckstein: Yes, we do. For instance, we network with the International Anti-Euthanasia Task Force based in Steubenville, Ohio. We are also an affiliate of the World Federation of Doctors Who Respect Human Life, which has a membership of over 400,000 doctors in over 70 countries.

Senator Perrault: Do people come to you with problems? What does a normal day consist of for your organization?

Ms Eckstein: We get a variety of calls in our office. For instance, yesterday a man asked if he could have some help with his mother-in-law, who had broken her hip. She was in the hospital and suddenly began to not eat. I made some suggestions, but basically recommended that the doctor check her medication and so forth.

Senator Perrault: You recommend what should be done. Are you associated with any churches?

Ms Eckstein: We are registered as a Christian organization.

Senator Lavoie-Roux: Our colleague has raised an interesting question. I do not think Ms Eckstein said that doctors would put people to death for \$3.

Ms Eckstein: Dr. Pankratz will respond to clarify this issue.

Dr. Robert Pankratz, Family Physician: I would like to respond to the points made by Senator Lucier. When we say that physician accountability is lacking, we mean that physicians hold such a position of power in our society that it is easy for them to get away with a fair bit in the private world of the physician-patient encounter.

For example, sexual abuse is coming under close scrutiny right now. We know of many cases of this kind of activity. One of the focuses of the Canadian Medical Association is to try to bring this kind of abuse to light. The enormous power of the physician over the patient in these encounters has led to many situations, such as that of Mrs. Eckstein's, which are not reported to authorities. We meant no more than that with regard to accountability.

The reference to empowering physicians to act on untrained moral judgment of someone's quality of life stands on its own merit. There is very little ethical training in Canadian schools. I received virtually none. In the situation of physician-assisted suicide, with the safeguards that are being proposed, we are being asked to judge whether these particular restrictions would apply; in other words, whether this person in this situation should be assisted in suicide, and that becomes a moral judgment on that person's quality of life.

The reference to the \$3 lethal injection is to the price of curare, potassium chloride or sodium pentothal, which is what is in the syringes being used in Holland.

[Traduction]

Le sénateur Perrault: Communiquez-vous avec d'autres organisations semblables par ordinateur ou autrement?

Mme Eckstein: Oui. Par exemple, nous sommes en relation avec l'*International Anti-Euthanasia Task Force*, établi à Steubenville, en Ohio. Nous sommes également affiliés à la Fédération mondiale des médecins pour le respect de la vie humaine, qui compte plus de 400 000 médecins membres dans plus de 70 pays.

Le sénateur Perrault: Les gens vous exposent-ils leur problème? En quoi consiste une journée normale pour votre organisation?

Mme Eckstein: Nous recevons toutes sortes d'appels au bureau. Hier, par exemple, un monsieur nous a demandé si nous pouvions faire quelque chose pour sa belle-mère qui s'était fracturé la hanche. Elle était à l'hôpital et a soudainement refusé de manger. Je lui ai fait des suggestions, mais essentiellement j'ai recommandé que le médecin vérifie les médicaments, et cetera.

Le sénateur Perrault: Vous recommandez ce qui devrait être fait. Êtes-vous liés à des Églises?

Mme Eckstein: Nous sommes une organisation chrétienne enregistrée.

Le sénateur Lavoie-Roux: Notre collègue a soulevé une question intéressante. Je ne crois pas que Mme Eckstein ait affirmé que les médecins feraient mourir des gens pour 3 \$.

Mme Eckstein: Le docteur Pankratz répondra pour clarifier la situation.

Le docteur Robert Pankratz, médecin de famille: J'aimerais répondre à l'intervention du sénateur Lucier. Quand nous affirmons que la responsabilité des médecins fait défaut, nous voulons dire que les médecins ont une telle position de pouvoir dans notre société qu'il est facile pour eux de faire accepter pas mal de choses dans le monde privé des relations médecin-patient.

Ainsi, les agressions sexuelles sont examinées de près ces temps-ci. Nous connaissons bien des cas de comportement de ce genre. L'un des buts de l'Association médicale canadienne est de faire la lumière sur ce genre d'abus. Le pouvoir énorme du médecin sur le patient dans ces relations a entraîné de nombreuses situations, telle que celle décrite par Mme Eckstein, qui ne sont pas déclarées aux autorités. Nous ne voulons dire rien d'autre quand nous parlons de responsabilité.

L'allusion au fait que les médecins peuvent porter des jugements moraux inexpérimentés sur la qualité de vie de quelqu'un de soi n'a pas besoin d'explications. Il y a très peu de formation morale dans les écoles canadiennes. Je n'en ai presque pas reçue. Dans le cas du suicide assisté par un médecin, avec les mesures de précaution qui sont proposées, on nous demande de juger si ces restrictions particulières s'appliqueraient; autrement dit, si la personne dans cette situation devrait être aidée à se suicider et cela devient un jugement moral sur la qualité de vie de cette personne.

L'allusion à l'injection mortelle de 3 \$ se rapporte au prix de la solution de curare, de chlorure de potassium ou de pentothal sodique, qu'on injecte en Hollande.

[Texte]

Senator Lucier: I understand that, but when you question the accountability of physicians and imply that there is abuse taking place, and then in the next sentence say that it takes a \$3 injection to kill someone, it is not a great stretch to tie the two together. I find this very offensive. Other members of the committee may not feel this way, but I find it very offensive, particularly after hearing Dr. Wallace and others say that doctors in Canada just do not do that. Throughout the brief, you talk about what happens in the Netherlands. That is fine for the Netherlands, but do not have that in Canada. Our doctors are very reputable and I consider this to be an insult to all of them.

Mrs. Amy Pollen: I am not supposed to speak, but I would like to speak. I think we protect our doctors too much and do not protect the patients enough. I have a brother in a nursing home, and I have not been allowed to visit him for three years. I have a son in a mental institution who should not be there. I cannot get a lawyer to defend us. He has never committed a crime and he has never been violent. He is being used as a guinea pig. Why can I not take my son home?

The Chairman: Mrs. Eckstein, you said that yours is a research organization. I must admit that I have not had time to read your larger brief in full, but in going through it I see that you cite a lot of your sources. I assume that you have citations to substantiate the statements that you have made in your brief.

For instance, do you have a citation to support the statement:

Scientific evidence to date shows that at least 95% of suicides are a result of mental illness.

Ms Eckstein: Yes, that is in the section on suicide.

The Chairman: As long as it is in the larger brief, I will not ask you to look it up.

Ms Eckstein: That statistic would have come from Statistics Canada.

The Chairman: Statistics Canada says that 95 per cent of suicides are a result of mental illness?

Senator Corbin: Let us find the page.

Senator Perrault: If it is not immediately available, they can send the information to the committee.

Senator Corbin: That can be checked.

The Chairman: We will not waste your time or ours looking that up now.

Would you enlarge on your comment on the first page about the aged being "recipients of increasing abuse, and negative public stereotyping"? What did you have in mind with that comment?

Ms Eckstein: That is set out on page 41 of our brief under "Suicide and The Elderly, Geriatric Medicine". That is taken

[Translation]

Le sénateur Lucier: Je le comprends bien, mais quand vous mettez en doute le sens des responsabilités des médecins et impliquez qu'il y a des abus, puis que dans la phrase suivante, vous déclarez qu'il suffit d'une injection de 3 \$ pour tuer quelqu'un, il n'est pas trop difficile de faire un rapprochement entre les deux. Je trouve cela très choquant. D'autres membres du comité ne seront peut-être pas de mon avis, mais je trouve cela très choquant, en particulier après avoir entendu le docteur Wallace et d'autres affirmer que les médecins canadiens n'agissent pas ainsi. Tout au long de votre mémoire, vous racontez ce qui se passe aux Pays-Bas. C'est bien pour les Pays-Bas, mais ce n'est pas ainsi au Canada. Nos médecins ont une très bonne réputation et je considère que c'est une insulte pour chacun d'entre eux.

Mme Amy Pollen: Je ne suis pas censée parler, mais j'aimerais intervenir. Je pense que nous protégeons trop nos médecins et pas assez les patients. J'ai un frère dans un centre d'accueil et on me refuse de le voir depuis trois ans. J'ai un fils dans une institution psychiatrique qui ne devrait pas se trouver là. Je ne peux trouver d'avocat pour nous défendre. Il n'a jamais commis d'acte criminel et il n'a jamais été violent. On s'en sert comme d'un cochon d'Inde. Pourquoi ne puis-je pas ramener mon fils à la maison?

La présidente: Madame Eckstein, vous avez déclaré que votre organisation fait de la recherche. Je dois admettre que je n'ai pas eu le temps de lire votre long mémoire en entier, mais en le feuilletant, je constate que vous citez un grand nombre de sources. Je suppose que vous avez des preuves pour étayer les déclarations contenues dans votre mémoire.

Ainsi, avez-vous une citation pour appuyer la déclaration suivante:

Des preuves scientifiques démontrent qu'au moins 95 p. 100 des suicides résultent d'une maladie mentale.

Mme Eckstein: Oui, dans la partie sur le suicide.

La présidente: Si c'est dans le long mémoire, je ne vous demanderai pas de la trouver.

Mme Eckstein: Les statistiques viendraient de Statistique Canada.

La présidente: Statistique Canada affirme que 95 p. 100 des suicides découlent d'une maladie mentale?

Le sénateur Corbin: Trouvons la page.

Le sénateur Perrault: S'il est impossible de la trouver rapidement, ils peuvent communiquer l'information au comité.

Le sénateur Corbin: On peut vérifier.

La présidente: Ne perdons pas notre temps à vérifier ce renseignement maintenant.

Pouvez-vous apporter des précisions sur l'affirmation de la première page que les personnes âgées sont «de plus en plus victimes d'abus et de clichés négatifs dans le public»? Qu'entendez-vous par là?

Mme Eckstein: Cela se trouve dans le chapitre de notre mémoire intitulé «Le suicide et les aînés — La gériatrie», qui

[Text]

from several studies done by experts and caregivers in the geriatric field.

A recent study by the Parliament of Canada revealed that there were over 315,000 cases of elder abuse in Canada. That is very alarming.

Senator Perrault: Is that abuse increasing?

Ms Eckstein: Yes, it is increasing at an astounding rate.

Senator Perrault: What is the reason for that?

Ms Eckstein: I do not want to generalize, but I believe that it has a lot to do with the devaluation of human life.

The Chairman: As was mentioned earlier, that is not really within the framework of our study, although I understand your concern in the broader context.

Ms Eckstein: But there are a large number of suicides in the elderly population. The elderly are very undertreated with regard to depression.

Senator Lavoie-Roux: When I was the Minister of Health in Quebec, studies showed that the rate of suicide among young people there was the highest in Canada. I hope that has changed since I have left. Perhaps their mental health is better now.

In the last five to ten years, we have noticed an increased number of suicides among the aged.

The Chairman: That is more likely to occur as the number of aged people increases.

Senator Lavoie-Roux: Yes, that is a factor, but perhaps it is also a result of being more alienated today than they were when they were protected and included by the family.

The Chairman: Thank you very much.

Our next witness will be Ms Hilda Kreig.

Ms Hilda Kreig: Thank you very much, honourable senators, for allowing me to speak. Although I belong to an organization, I am going to speak on my own behalf.

I was home three years ago visiting my 92-year-old mother in Switzerland. She told me that she had recently been travelling by train and overheard a conversation among some young people who were saying that old people should bump themselves off, because they are using up scarce health care dollars and pension funds. My mother was very hurt when she heard this. She is still in good health and has contributed to society. Now that she has served her purpose, is she supposed to get out of the way, because, according to those youth, she is no longer being of value to anyone?

Talk about legalizing euthanasia scares me, because with the right to die comes a duty to die. Old people will feel that they are a burden, and, because the right has been established in law, will feel they should avail themselves of it. The push will be subtle, or perhaps not so subtle, for them to do so.

[Traduction]

commence à la page 93. Ces renseignements sont tirés de plusieurs études menées par des experts et des donneurs de soins dans le domaine gériatrique.

Une étude récente du Parlement du Canada a révélé plus de 315 000 cas d'exploitation des aînés au Canada. C'est très alarmant.

Le sénateur Perrault: Est-ce que cette exploitation augmente?

Mme Eckstein: Oui, à un rythme effarant.

Le sénateur Perrault: Pour quelle raison?

Mme Eckstein: Je ne veux pas généraliser, mais je crois que la dévaluation de la vie humaine y est pour beaucoup.

La présidente: Comme nous l'avons déjà indiqué, ce n'est pas vraiment dans notre mandat, mais je comprends vos préoccupations dans un contexte plus vaste.

Mme Eckstein: Mais il y a un grand nombre de suicides chez les aînés. Ils sont très peu soignés pour des dépressions.

Le sénateur Lavoie-Roux: Quand j'étais ministre de la Santé au Québec, des études ont démontré que le taux de suicide chez les jeunes était le plus élevé au Canada. J'espère que ces statistiques ont changé depuis mon départ. Leur santé mentale s'est peut-être améliorée depuis.

Depuis cinq à dix ans, nous constatons une hausse des suicides chez les personnes âgées.

La présidente: C'est plus probable à mesure que le nombre de personnes âgées augmente.

Le sénateur Lavoie-Roux: Oui, c'est un facteur, mais c'est peut-être aussi à cause du fait que les aînés sont plus abandonnés aujourd'hui qu'ils ne l'étaient autrefois quand ils étaient protégés et inclus dans la famille.

La présidente: Merci beaucoup.

Notre prochain témoin sera Mme Hilda Kreig.

Mme Hilda Kreig: Je vous remercie, honorables sénateurs, de me donner la parole. Même si j'appartiens à une organisation, je prendrai la parole en mon nom personnel.

Je suis rentré chez moi en Suisse il y a trois ans pour revoir ma mère de 92 ans. Elle m'a raconté qu'au cours d'un voyage en train peu de temps auparavant elle avait entendu des jeunes dire que les vieux devraient faire de l'air parce qu'ils ont besoin de soins de santé et de pensions à un moment où les fonds sont limités. Ma mère a été très blessée par cette conversation. Elle est encore en bonne santé et elle a contribué à la société. Maintenant qu'elle a fait son travail, devrait-elle faire de la place parce que, selon ces jeunes, elle n'est plus utile à personne?

Songer à légaliser l'euthanasie me fait peur, parce que le droit de mourir s'accompagne aussi du devoir de mourir. Les vieux sentiront qu'ils sont un fardeau et parce qu'un droit aura été établi dans la loi, ils sentiront qu'ils devront l'exercer. Les pressions seront subtiles, ou peut-être pas trop, pour qu'ils exercent ce droit.

[Texte]

The right to die granted to one group of people would soon be challenged. That would not stand up against our Charter of Rights and Freedoms. The abortion law did not stand up against the Charter of Rights. Any law which legalized euthanasia would soon be challenged. Persons who are simply tired of living could demand the same right as had been granted to the terminally ill. There are many reasons why we simply must not allow this.

I have another interesting story to tell. A doctor in Surrey gave a talk to a group of local people. He related the story of one of his patients. She was a young mother stricken with terminal cancer. One day when he came to see her, she said to him, "Please help me. I can't take this any more." He sat on the bed beside her, held her hand, and they both cried. He said to her, "You know that I cannot do that."

He left and she carried on. He cared for her, and her friends started to visit more and more, caring for her and looking after her every need. She then said to the doctor, "I am so glad you could not do it, because my friends would have been deprived of caring for me. Besides, I would never have known who my true friends are."

When we are ill, dying, and in need of help, we should not feel that we are a burden, because we are giving others the opportunity to look after us. We all have a charitable instinct, and we need an opportunity to give, not only to receive.

The Chairman: Thank you.

Our next witness is Mr. Tom Sigurdson.

Mr. Thomas Sigurdson: I would like to thank the committee for coming to Vancouver and also for leaving time for individuals such as myself to make presentations.

I do not speak on behalf of any group which purports to represent the moral, ethical or spiritual values of our society. I speak only on behalf of myself and, to the degree that I can, on behalf of my late wife, Cynthia. I wish to assure you that we held strong moral convictions, shared ethical principles, and held common spiritual values consistent with a Judeo-Christian society.

My story is a very personal one. It is the story of how two people who had the good fortune to live a privileged life came to grips with the news that cancer had entered our home.

Cynthia was first diagnosed with breast cancer in the fall of 1989. After a needle localization and then a wedge resection, she finally had a mastectomy. The good news, after months of worry, was that the disease was an in situ carcinoma. It was fully contained. It would not spread. There was no need for radiation or for chemotherapy. We could expect to live normal lives, with the exception that Cynthia would require regularly scheduled follow-up exams. We continued with our lives and came to appreciate what we had all the more.

[Translation]

Le droit de mourir accordé à un groupe de personnes serait vite contesté. Il ne résisterait pas à notre Charte des droits et libertés. La loi sur l'avortement n'a pas résisté à la Charte. Toute loi qui légaliserait l'euthanasie serait vite contestée. Des personnes qui sont simplement fatiguées de vivre demanderaient le même droit qui a été accordé aux malades en phase terminale. Il y a tant de raisons pour lesquelles nous ne devons pas permettre que cela arrive.

J'ai une autre histoire intéressante à raconter. Un médecin de Surrey a donné une conférence devant un groupe de citoyens de l'endroit. Il a raconté l'histoire d'une patiente. Cette jeune mère était atteinte d'un cancer en phase terminale. Un jour, quand il est allé la voir, elle lui a demandé de l'aider. Elle n'en pouvait plus. Il s'est assis sur le lit près d'elle, il lui a tenu la main et ils ont pleuré ensemble. Il lui a dit: «Vous savez que je ne peux pas faire cela.»

Il est parti et elle a continué de vivre. Il l'a soignée et les amis de cette patiente ont commencé à venir la voir de plus en plus souvent, à s'occuper d'elle et à combler tous ses besoins. Elle a alors dit au médecin: «Je suis si contente que vous n'ayez pas pu le faire, parce que mes amis n'auraient pas pu prendre soin de moi. De plus, je n'aurais jamais su qui sont mes vrais amis.»

Quand nous sommes malades, mourants et que nous avons besoin d'aide, nous ne devrions pas sentir que nous sommes un poids, parce que nous donnons aux autres la possibilité de s'occuper de nous. Nous avons tous un instinct charitable et nous avons besoin des occasions de donner, pas seulement de recevoir.

La présidente: Merci.

Notre prochain témoin est M. Tom Sigurdson.

M. Thomas Sigurdson: J'aimerais remercier le comité d'être venu à Vancouver et de donner le temps à des personnes comme moi de présenter leur point de vue.

Je ne suis le porte-parole d'aucun groupe qui vise à représenter les valeurs morales, éthiques ou spirituelles de notre société. Je parle seulement en mon nom et, dans la mesure où je le peux, au nom de ma femme Cynthia, qui est décédée. Je peux vous assurer que nous avions des convictions morales élevées, des principes moraux communs et des valeurs spirituelles communes conformes à celles d'une société judéo-chrétienne.

Mon histoire est très personnelle. C'est celle de la manière dont deux personnes qui ont eu la bonne fortune de vivre une vie privilégiée ont réagi à la nouvelle que le cancer était entré dans notre foyer.

On a d'abord diagnostiqué chez Cynthia un cancer du sein à l'automne de 1989. Après une biopsie à l'aiguille et une résection cunéiforme, on a fini par lui faire une mastectomie. Les bonnes nouvelles, après des mois d'angoisse, c'est que la maladie était un cancer localisé. Il était complètement contenu. Il ne se propagerait pas. La radiothérapie et la chimiothérapie n'étaient pas nécessaires. Nous pouvions nous attendre à vivre des vies normales, sauf que Cynthia devrait subir des examens de contrôle périodiques. Notre vie a suivi son cours et nous en sommes venus à apprécier encore plus ce que nous avions.

[Text]

In June of 1991, we returned from Australia to a message on our answering machine that Cynthia needed to get to the Cross Cancer Institute in Edmonton, because a first stage cancer in her cervix had been discovered. A noninvasive cryosurgery was performed, and we were again advised that all was well and life could return to normal. It pretty much did for a period of time.

In the fall of 1992, Cynthia became ill once again with pain in her back, legs, hips and shoulders. A bone scan showed nothing. Ultrasound showed a suspected kidney stone. The diagnosis was osteoarthritis. Perhaps this was related to the silicone implant that was used for breast reconstruction.

Cynthia returned to her job in January of 1993, after approximately six to seven weeks of bed rest and convalescence. The pain in her bones never really went away. Some days were bad and some days were good, but we learned to live with those limitations.

Following the June 1993 Alberta election, in which I suffered defeat, I was able to spend more time with Cynthia. I drove her to and from work. She started to complain about my driving habits. I was accelerating too quickly, or braking too suddenly. She was complaining of dizziness and nausea, so we had more medical checks. It was rationalized at that time that, given my defeat, coupled with her osteoarthritis, perhaps Cynthia was suffering from depression.

Finally another bone scan, in September of 1993, revealed that the cancer was back. It had metastasized. This in situ carcinoma, the one that would not spread, had returned. It was on her spine, her left leg, her hips, her pelvis, her left shoulder, and on three spots in her skull. The diagnosis was terminal and the life expectancy was six months to a year.

We wanted to make the most of whatever time was left to us. I think we were both hoping that she could have six months of good health, and then simply go to sleep one night and not wake up. We took off for Hawaii, taking clothes for dining and dancing, walking and sports. However, the cancer was very aggressive at this stage. Cynthia was sleeping 20 to 22 hours a day and was becoming less and less able to bear her own weight. We went to the beach once in five weeks and we had to use a wheelchair to get there. We went out to dinner once.

I was in contact with her physician on a weekly basis. Given my description of her condition, I was advised to contact the police on Maui to alert them of the possibility of an unattended death and to look into what might be necessary to ship a body back to Canada. Life expectancy was significantly reduced.

We were back in Edmonton by mid-November. More medical checks and a new drug regime were ordered. Cynthia was not able to do very much for herself. I dressed her, I assisted her in getting to the toilet and bathing, and helped her to the table where she could eat her meals. We were able to talk and we put our affairs in

[Traduction]

En juin 1991, quand nous sommes rentrés d'Australie, un message sur le répondeur nous disait que Cynthia devait se rendre au Cross Cancer Institute d'Edmonton, parce qu'un cancer en première phase avait été dépisté au col de l'utérus. On a effectué une intervention chirurgicale non invasive au froid et, une fois de plus, on nous a assuré que tout allait bien et que la vie pouvait reprendre son cours normal. C'est plus ou moins de qui est arrivé pendant un certain temps.

À l'automne de 1992, Cynthia est tombée malade à nouveau. Elle avait mal au dos, aux jambes, aux hanches et aux épaules. Une scintigraphie osseuse n'a rien révélé. Les ultrasons ont révélé qu'il y avait peut-être une pierre au foie. Le diagnostic a été l'arthrose, peut-être liée à l'implant mammaire.

Cynthia est retournée au travail en janvier 1993, après environ six à sept semaines de repos au lit et de convalescence. La douleur aux os ne la quittait jamais vraiment. Certains jours, elle allait mal, d'autres bien, mais nous avons appris à vivre avec ces limites.

Après les élections provinciales en Alberta en juin 1993, où j'ai été défait, j'ai pu passer plus de temps avec Cynthia. Je l'amenais au travail et j'allais la chercher. Elle a commencé à se plaindre de ma façon de conduire. J'accélérais trop rapidement ou je freinais trop brusquement. Comme elle se plaignait d'étourdissements et de nausées, elle a subi de nouveaux examens. Nous avons déduit à l'époque que, à cause de ma défaite et de son arthrose, elle souffrait peut-être de dépression.

Enfin une autre scintigraphie osseuse, en septembre 1993, a révélé que le cancer était revenu. Il y avait des métastases. Le cancer local, celui qui ne devait pas se répandre, était revenu. Il s'attaquait à la colonne, à sa jambe gauche, aux hanches, au bassin, à l'épaule gauche et à trois endroits sur le crâne. Le cancer était incurable et l'espérance de vie était de six mois à un an.

Nous avons voulu profiter au maximum du temps qui nous restait. Je pense que nous espérions tous les deux six mois de bonne santé, puis qu'elle s'endormirait un soir et ne se réveillerait plus. Nous sommes partis à Hawaï, en emportant des vêtements pour sortir au restaurant et aller danser, pour marcher et faire du sport. Mais le cancer était très agressif à cette étape. Cynthia dormait de 20 à 22 heures par jour et elle devenait de moins en moins capable de supporter son propre poids. Nous sommes allés à la plage une fois en cinq semaines et il a fallu la mettre dans un fauteuil roulant pour y aller. Nous sommes allés au restaurant une fois.

Je téléphonais à son médecin toutes les semaines. À ma description de son état, on m'a conseillé de communiquer avec la police de Maui pour l'avertir de la possibilité d'une mort soudaine et des formalités nécessaires pour rapatrier un cadavre au Canada. L'espérance de vie était nettement réduite.

Nous sommes rentrés à Edmonton à la mi-novembre. D'autres examens et de nouveaux médicaments se sont imposés. Cynthia ne pouvait plus faire grand-chose par elle-même. Je l'habillais, je l'aidais à aller à la toilette et à prendre son bain et je l'aidais à se rendre à la table pour manger. Nous avons pu parler et faire le

[Texte]

order. We still had a quality of life that was worth suffering through, together.

As the cancer continued to spread and the tumours continued to grow, the pain increased. For many weeks, we were able to control the pain by either increasing the dose or changing the medication. The problem with the pain medication became bowel care. Codeine and morphine constipate, so additional medications had to be given in order to find an equilibrium between pain and poison. We never really found that equilibrium. Without getting into too graphic detail, it will suffice to say that Cynthia became incontinent. The first time I had to change my wife after she soiled herself, we both cried. The dignity and independence of this 33-year-old woman was being taken away.

Cynthia's thirty-fourth birthday was on February 8. I did not know what to get her. I asked her what she wanted. She told me that she wanted to die. Her pain was so great that she was in constant discomfort. If she could not have a bowel movement, she would vomit. Either way, I would have to change the bedding and wash her up, which meant that she would have to be moved, which in turn caused even more pain.

On her behalf, I started to make inquiries about a physician-assisted suicide. Perhaps because I was making the initial inquiries, or perhaps because the issue was so very topical in February and March, I was getting nothing from the contacts I made.

My quest was interrupted because Cynthia's pain was so great and her pain so all-consuming that she had to be hospitalized. We were very fortunate to have the palliative care unit at the Edmonton General Hospital available to us. The facility is wonderful and the people who work there are assured of sainthood. They were able to provide a level of care and comfort that I, even with homecare assistance, could not provide at home. Cynthia's pain was being better managed as these knowledgeable saints were able to adjust, hourly if required, my wife's medication. They recommended, and we accepted, radiation as a palliative measure for the tumours on Cynthia's back, shoulder and skull. Another oncologist prescribed Tomoxifen as an outside possibility for qualitative extended life.

My wife returned home in the middle of April, after being hospitalized for about seven weeks. The radiation helped to the point that, with my assistance, she could once again walk from our bedroom to the living room, and get to the bathroom. We had some hope. All too quickly though, our hopes were dashed. The pain was back. Bowel care became a problem again. The oncologist who prescribed the Tomoxifen suggested that the drug was working, but that he would not be able to tell for sure for about three months. We continued to hope.

Cynthia's pain became so great that in May she was once again bedridden. There were occasions when I could not even touch the bed without her crying out in pain. Homecare nurses were a constant at our home. By the end of May, Cynthia was again hospitalized, first at the Royal Alexander Hospital in Edmonton, and finally back at the Edmonton General Hospital's palliative care unit.

[Translation]

point sur notre vie. Nous avions encore une qualité de vie qui en valait la peine, ensemble.

Comme le cancer continuait à se propager et que les tumeurs grossissaient, la douleur a augmenté. Pendant des semaines, nous avons pu maîtriser la douleur en augmentant la dose ou en changeant de médicaments. Mais les médicaments ont causé des problèmes intestinaux. La codéine et la morphine constipent; il a donc fallu d'autres médicaments pour équilibrer la douleur et le poison. Nous n'avons jamais trouvé cet équilibre. Sans entrer dans les détails, qu'il suffise de dire que Cynthia est devenue incontinente. La première fois que j'ai dû la changer, nous avons pleuré tous les deux. La dignité et l'indépendance de cette femme de 33 ans disparaissait.

Cynthia devait avoir 34 ans le 8 février. Je ne savais pas quoi lui donner. Je lui ai demandé ce qu'elle voulait. Elle m'a répondu qu'elle voulait mourir. Sa douleur était si grande qu'elle souffrait à chaque instant. Si elle ne pouvait aller à la toilette, elle vomissait. D'une façon ou de l'autre, je devais changer les draps et la laver. Il fallait donc la bouger, ce qui la faisait souffrir encore plus.

En son nom, j'ai commencé à faire des démarches pour obtenir un suicide assisté. Peut-être parce que c'est moi qui faisais les premières démarches ou encore parce que le sujet était tellement d'actualité en février et en mars, je n'aboutissais à rien.

Ma demande a été abandonnée parce que la douleur de Cynthia est devenue si grande et si envahissante qu'elle a dû être hospitalisée. Nous avons eu la chance d'avoir accès aux soins palliatifs de l'hôpital général d'Edmonton. Ce service est merveilleux et les gens qui y travaillent sont assurés d'aller au paradis. Ils ont pu donner les soins et le soulagement que je ne pouvais fournir à la maison, malgré une aide à domicile. La douleur de Cynthia était mieux soulagée et ces saints compétents pouvaient rectifier, toutes les heures s'il le fallait, les médicaments administrés à ma femme. Ils ont recommandé, et nous avons accepté, une radiothérapie comme traitement palliatif des tumeurs au dos, à l'épaule et au cerveau. Un autre cancérologue a prescrit la tomoxifène comme médicament externe susceptible de prolonger la vie sans nuire à sa qualité.

Ma femme est rentrée à la maison à la mi-avril, après avoir été hospitalisée pendant environ sept semaines. La radiothérapie a fait du bien, au point où, avec mon aide, elle a pu de nouveau marcher de la chambre au salon et à la salle de bain. Nous avions un peu d'espoir. Mais trop tôt cependant, nos espoirs se sont évanouis. Les problèmes intestinaux sont réapparus. Le cancérologue qui avait prescrit la tomoxifène a indiqué que ce médicament fonctionnait, mais qu'il ne pouvait pas être certain des résultats avant trois mois. Nous avons continué à espérer.

Les douleurs sont devenues si intenses que Cynthia a été de nouveau clouée au lit en mai. Parfois, je ne pouvais même pas toucher le lit sans qu'elle crie de douleur. Les infirmières visiteuses étaient constamment à la maison. À la fin de mai, Cynthia a été hospitalisée de nouveau, d'abord à l'hôpital Royal Alexander d'Edmonton, puis à nouveau aux soins palliatifs de l'hôpital général d'Edmonton.

[Text]

Her drug regime was changed and once again doctors were suggesting other forms of treatment. "Friendly chemotherapy" was proposed. Before accepting any other form of therapy, I wanted to be assured that the cancer had not metastasized to the brain. The doctor ordered a CAT scan, and on June 6 Cynthia was transported by ambulance to the Cross Cancer Institute for the scan.

During the transportation, Cynthia suffered a pathological fracture to her left hip. The pain was so excruciating that I cannot describe it to you. Increased medication, traction and a special air bed ultimately provided her a degree of comfort. We received the results of the brain scan and the pathologist's finding was innumerable tumours in the brain. Friendly chemotherapy was no longer considered. The Tomoxifen was stopped. Control of the pain was all we could hope for.

Cynthia was confined to bed. Every day she asked me if there was any way I could help her die. She asked our friends in the medical community if they could assist her, but in a hospital environment her request was impossible to fulfil.

At one point, I used a pair of scissors in her room, and when she spotted them, she asked me to put them close to her bedside. I took them out of her room, fearing that if she slashed her wrists a nurse would find her and she would have even more discomfort and psychological distress because of a botched suicide attempt.

By the middle of June, my wife would allow only certain visitors to see her. When I asked why, she told me it was too painful to say goodbye to her friends over and over and over again. That was the psychological pain. The physical pain continued.

There was physical pain every morning with the routine morning wash, and the same in the evening. There was incredible physical pain and horrible indignity every time her bowel had to be cleared manually, which was approximately every three days. There were times when the pain was so great that she could not sit elevated in her bed, and I would feed her as she lay down.

No one should have to suffer the pain and indignity which my wife suffered. Her body betrayed her, and she should have been allowed to die at a time of her choosing. Knowing that physician-assisted suicide is illegal, I asked the doctors to at least provide my wife with a sedative which would allow her to sleep. The intent was to withdraw food and allow her to die.

Cynthia had the support of her oncologist, the staff psychiatrist, and the pastoral care providers. The nursing staff refused to administer the sedatives and, therefore, in the palliative care environment, the sedatives we asked for were denied. We then had to selectively withdraw medications which were providing what some might consider to be a quality of life.

Within four days of withdrawing the medications, there was only an empty stare. She could not communicate or respond. Two days later, she died.

[Traduction]

Les médicaments ont été changés et encore une fois, les médecins ont proposé d'autres formes de traitement. Ils ont proposé une chimiothérapie sans trop d'effets secondaires. Avant d'accepter toute autre forme de thérapie, je voulais m'assurer qu'il n'y avait pas de métastases au cerveau. Le médecin a demandé un examen TDM et, le 6 juin, Cynthia a été transportée en ambulance au Cross Cancer Institute pour cet examen.

Dans l'ambulance, Cynthia a été victime d'une fracture pathologique de la hanche gauche. La douleur était si atroce que je ne peux vous la décrire. Des médicaments plus forts, la traction et un lit spécial sur coussin d'air l'ont soulagée jusqu'à un certain point. Nous avons reçu les résultats de l'examen au cerveau et le diagnostic du pathologiste était des tumeurs incalculables au cerveau. La chimiothérapie était désormais exclue. On a cessé d'administrer de la tomoxifène. Soulager la douleur était tout ce que nous pouvions espérer.

Cynthia était alitée. Tous les jours, elle me demandait si je pouvais trouver un moyen de l'aider à mourir. Elle a demandé à des amis médecins de l'aider, mais dans un contexte hospitalier, c'était impossible.

À un moment donné, je me suis servi de ciseaux dans la chambre et quand elle les a vus, elle m'a demandé de les laisser près du lit. Je les ai sortis de la chambre, craignant que si elle se tranchait les veines, une infirmière la trouverait et elle souffrirait encore plus, physiquement et psychologiquement parce qu'elle aurait raté son suicide.

Au milieu de juin, ma femme ne permettait plus qu'à quelques amis de venir la voir. Quand je lui ai demandé pourquoi, elle m'a répondu qu'il était trop difficile de faire sans cesse ses adieux à ses amis. C'était la douleur psychologique. La douleur physique continuait.

La douleur physique était présente tous les matins, quand on la lavait, puis encore le soir. La douleur physique était incroyable et l'indignité, horrible, chaque fois qu'il fallait lui vider la vessie à la main, environ tous les trois jours. Parfois, la douleur était si forte qu'elle ne pouvait s'asseoir dans son lit et je la nourrissais couchée.

Personne ne devrait endurer une douleur et l'indignité qu'on a fait endurer à ma femme. Son corps l'abandonnait et on aurait dû la laisser mourir au moment de son choix. Sachant que le suicide assisté par un médecin est illégal, j'ai demandé aux médecins de donner au moins à ma femme un calmant qui la ferait dormir. L'idée était de cesser de la nourrir et de la laisser mourir.

Cynthia avait l'appui de son oncologue, du psychiatre de l'hôpital, et des membres de la pastorale. Le personnel infirmier a refusé d'administrer les calmants et donc, dans un service de soins palliatifs, les calmants demandés ont été refusés. Nous avons donc dû ensuite interrompre quelques médicaments qui, selon certains, contribuent à la qualité de la vie.

Quatre jours après avoir interrompu les médicaments, il n'y avait plus qu'un regard hagard. Elle ne pouvait plus communiquer ni répondre. Deux jours plus tard, elle est morte.

[Texte]

I appear before this committee to ask, indeed to beg, that your final recommendation to Parliament be one that allows the terminally ill a choice — a choice to leave this world when they are satisfied that there is no quality of life left for them, or when their pain and suffering is too great. Had Cynthia been given that choice, there could have been a time that I would have kissed her goodbye and held her until she exhausted her last breath. Instead, I am left with a memory of horrible pain and a hollow haunting stare.

I hope and pray that soon no Canadian will have to suffer such pain and indignity against their will.

I wish you well with your deliberations.

The Chairman: Thank you, Mr. Sigurdson.

Our next witness is Ms Patricia Rodney.

Ms Patricia Rodney, B.C. Nurses: Good evening. I am here representing nurses from British Columbia. My clinical background is in critical care nursing, and I am currently completing my doctorate in nursing at UBC with an emphasis on effects.

I have prepared my brief with input from two of my colleagues who share a particular concern about ethical issues: Rosalee Starzomski, whose background is in nephrology and transplantation, and Janet Erickson, whose background is in community mental health.

Although the three of us have formulated this brief, our concerns are shared by many nurses. The comments I will be making come from our own clinical experiences, as well as research, consultation and education which we have done in the area.

Our prime message is that we believe very strongly that the current very important study about issues related to euthanasia and assisted suicide must attend very carefully to the social, cultural and political context of health care and related social services. It is that context with which we are concerned, especially as it relates to the implementation of policy.

As nurses, our observations and research lead us to be very concerned about the realities of the real world within which euthanasia and assisted suicide could become policy. My remarks are directed at policy, not individual cases.

We see a frightening potential for poor patient and family decision-making, as well as potential discriminatory allocation of resources for vulnerable groups of people in our society.

We have two major concerns. The first is the problem of adequate decision-making by patients and their families; that is, proper informed consent. On a societal level, we are very concerned about availability of resources and how that policy might impact.

[Translation]

Je comparais devant le comité pour vous demander, non, vous implorer, que votre recommandation finale au Parlement en soit une qui permette aux malades en phase terminale d'exercer un choix, le choix de quitter ce monde lorsqu'ils sont convaincus qu'il n'y a plus de qualité de vie pour eux ou lorsque leurs douleurs et leurs souffrances sont trop grandes. Si Cynthia avait eu ce choix, il y aurait eu un moment où je l'aurais embrassée pour une dernière fois et où je l'aurais tenue dans mes bras jusqu'à son dernier souffle. Au lieu de cela, il me reste le souvenir d'une douleur atroce et d'un regard vide et hagard.

J'espère et je prie pour que bientôt aucun Canadien n'ait plus à endurer la douleur et l'indignité contre sa volonté.

Je vous souhaite bonne chance dans vos délibérations.

La présidente: Merci, monsieur Sigurdson.

Notre prochain témoin sera Mme Patricia Rodney.

Mme Patricia Rodney, B.C. Nurses: Bonsoir. Je représente les infirmières de la Colombie-Britannique. J'ai une formation pratique en soins infirmiers critiques et je termine actuellement mon doctorat en soins infirmiers à l'UBC. Ma thèse porte sur les effets.

J'ai préparé mon mémoire en collaboration avec deux collègues très préoccupées des questions d'éthique: Rosalee Starzomski, qui a travaillé en néphrologie et transplantation, et Janet Erickson, qui s'intéresse à la santé mentale communautaire.

Bien que nous ne soyons que trois à avoir rédigé ce mémoire, un grand nombre d'infirmières partagent nos préoccupations. Mes propos s'inspirent de notre propre expérience clinique ainsi que de notre recherche, de nos consultations et de notre enseignement dans ce domaine.

Notre principal message, c'est que nous sommes très fermement convaincues que l'étude très importante qui porte actuellement sur les questions d'euthanasie et de suicide assisté doit absolument tenir compte du contexte social, culturel et politique dans lequel se situent les soins de santé et les services sociaux connexes. C'est ce contexte qui nous intéresse, surtout en ce qui concerne la mise en oeuvre de la politique.

À titre d'infirmières, nos observations et notre recherche nous ont fortement sensibilisées aux réalités du monde auquel pourrait s'appliquer une éventuelle politique en matière d'euthanasie et de suicide assisté. C'est de politique que je veux parler, au-delà des cas individuels.

Nous craignons beaucoup la prise de décisions en ce qui concerne les malades et les familles pauvres, de même que la discrimination possible dans la répartition des ressources dont seraient victimes les groupes sociaux les plus vulnérables.

Nous avons deux préoccupations majeures. La première est celle d'une prise de décision éclairée, c'est-à-dire du consentement des malades et de leur famille après qu'ils ont été dûment informés. Du point de vue social, nous nous inquiétons beaucoup de la disponibilité des ressources et des effets que pourrait avoir cette politique.

[Text]

I would like to illustrate my concerns by a case example from our clinical practice. This case example involved treatment withdrawal, because that is where the issue stands today, but I can pull some issues out of the case to defend the two major claims I have made about concerns.

The patient I am speaking of is Mr. Christopher, a 76-year-old man. Mr. Christopher had Type 2 diabetes, which is an adult onset form of diabetes, which left him with long-standing renal and circulatory problems. Because of that, he was quite limited in his physical mobility and he also required long-term dialysis. Mr. Christopher underwent dialysis and was well known to the nephrology team for a number of years.

Mr. Christopher lived at home with his wife, who was approximately the same age. They had a very close relationship, despite his limited physical mobility. As he and she described it, their time together was precious to them. It revolved around such activities as playing cards.

Mr. Christopher's condition started to deteriorate. His mobility, in particular, worsened. To the surprise and distress of the team, he one day arrived and said that he wished to stop dialysis. As most of you are aware, withdrawal of that treatment almost immediately leads to death.

The team was greatly perplexed about this decision, because it was not something they had discussed with him before, and they had not themselves marked a great deterioration which might help them make sense of his request.

It took the providers, who had an established relationship with him, a few days to figure out what Mr. Christopher's request meant. With some reluctance, he disclosed that he wished to stop his dialysis because he felt he was becoming an increasing burden on his wife and was stressing her own resources.

After finding that out, the team, which included the physician, social worker, clinical nurse specialist, and dietician, had a much better understanding of how to proceed. They negotiated a new plan of care with him. They arranged to get more homecare support for him to assist him and his wife. In this particular story, that made a tremendous difference. Mr. Christopher and his wife were able to cope much better. He withdrew his request to have the treatment stopped and lived what he described as a good quality of life for another four years.

I realize that this is only a sketch, and one with not nearly the poignance we have just heard, but it does illustrate a couple of things which we, as nurses, believe are tremendously important in this discussion. The first concern is the way health care teams make decisions. When I say "health care teams", I mean all the professionals involved, as well as the patients and their family members. In the case of Mr. Christopher, it was clear that to help him to make a decision which reflected his own best interest and helped him find meaning in his life required the expertise of that entire team, as well as pulling in outside resources. That

[Traduction]

Pour illustrer cette inquiétude, je vais vous donner un exemple tiré de notre expérience clinique. En l'occurrence, puisque nous parlons de la situation actuelle, il s'agit de la suppression de soins mais ce cas soulève des questions sur lesquelles je peux appuyer les deux grandes craintes que j'ai mentionnées ci-dessus.

Le malade en cause, M. Christopher, était âgé de 76 ans. Il souffrait de diabète de type 2, qui se déclare chez les adultes, et sa maladie lui a causé pendant longtemps des problèmes rénaux et circulatoires. À cause de cela, sa mobilité était très réduite et il a eu besoin de dialyse pendant de longues années. M. Christopher a donc été traité en dialyse et il a fréquenté l'équipe de néphrologie pendant un certain nombre d'années.

M. Christopher vivait chez lui avec sa femme qui avait à peu près le même âge. Ils formaient un couple très uni, malgré la difficulté du mari à se déplacer. Ainsi qu'ils l'ont tous deux affirmé, le temps passé ensemble leur était précieux. Ils avaient diverses activités comme celle de jouer aux cartes.

L'état de M. Christopher a commencé à se détériorer. En particulier, ses problèmes de mobilité se sont aggravés. Au grand étonnement de l'équipe qui en a été affolée, il est arrivé un jour en disant qu'il voulait mettre fin à sa dialyse. Comme vous le savez, pour la plupart, la suppression de ce traitement entraîne la mort à court terme.

Cette décision rendait les membres de l'équipe très perplexes parce qu'ils n'avaient jamais abordé la question avec le malade et n'avaient pas constaté de détérioration très sérieuse qui aurait pu rendre cette demande plausible.

Il a fallu quelques jours avant que l'équipe, qui avait une relation suivie avec M. Christopher, parvienne à saisir la raison de cette demande. Le malade a fini par avouer qu'il souhaitait mettre fin à sa dialyse parce qu'il avait l'impression de devenir un fardeau de plus en plus lourd pour sa femme qui n'avait pas elle-même tellement de ressources.

Après avoir appris la vérité, les membres de l'équipe, composée d'un médecin, d'un travailleur social, d'une infirmière clinicienne et d'une diététicienne, étaient mieux en mesure de réagir. Ils ont négocié avec le malade un plan de traitement. Ils ont pris les dispositions en vue d'un meilleur soutien domestique pour alléger la tâche du malade et de sa femme. Il en est résulté une énorme différence. M. Christopher et sa femme étaient maintenant beaucoup plus à même de se débrouiller. Il a retiré sa demande de cesser le traitement et il a vécu par la suite pendant quatre ans une vie qu'il qualifiait de qualité.

Voilà une histoire brossée à grands traits et qui n'est certainement pas aussi émouvante que celle que nous venons d'entendre, mais elle illustre certains points qui nous paraissent à nous, infirmières, extrêmement importants dans le cadre de la discussion actuelle. Le premier réside dans la manière dont les équipes de soins de santé prennent leurs décisions. J'entends par «équipe de soins de santé» tous les spécialistes concernés mais aussi les malades et les membres de leur famille. En ce qui concerne M. Christopher, il est évident que pour l'aider à prendre une décision qui tienne compte de ses intérêts supérieurs et pour

[Texte]

automatically necessitated mutual trust and communication between the team and Mr. Christopher and his wife.

Research makes it very clear that that kind of team communication and collaboration is not as common as we would like. In fact, there is mounting evidence to suggest that those of us in health care do not do a good job of communicating with each other or of fostering informed consent. Therefore, Mr. Christopher's case is somewhat unusual in that sense.

Before I paint health care teams as awful, I will say that things are improving. Also, the problems in health care teams reflect the way our society has bureaucratized, specialized, and become technologically dependent. However, it is the case that communication in health care teams is very often fragmented.

We notice this in nursing in particular, because it causes us a great deal of anguish as we try to act as patient advocates to help patients and their family members make meaningful decisions that can help them in a progression toward a meaningful life. In fact, as is well documented in the research, nurses are very often not involved in the decision-making process, yet are still required to carry out whatever decision is made.

My concern is really what happens to patients and their family members when the team communication and the decision-making is bad. If we revisit Mr. Christopher, it is not hard to imagine that if the team had not had sensitivity and commitment to their relationship with him, they may have accepted his decision on face value. We can argue that it was not a fully informed decision in terms of him realizing all of his options.

If the decision he had made was not for treatment withdrawal but, instead, taking it a step further, for active euthanasia, it could have resulted in an irrevocable decision quite early. I know that there is not an easy distinction between treatment withdrawal and euthanasia, but one distinction is that euthanasia tends to be a much less revocable decision in terms of revisiting.

A major concern of ours is that, given the fact that our teams do not do a good job of decision-making with regard to treatment withdrawal, we have no grounds to believe that we would do any better if active euthanasia or assisted suicide were to become policy. In fact, we could do worse.

Our second main concern is that Mr. Christopher's decision to continue with dialysis, which allowed him another good four years, by his description, was dependent upon on the availability of home care resources and support that we were able to provide.

We are debating the question of euthanasia and assisted suicide at a time when our entire health care system is grappling with fundamental painful questions about cost constraint. Although we do not have good and comprehensive research data which tells us

[Translation]

lui permettre de trouver un sens à sa vie, il a fallu recourir à la compétence de l'équipe tout entière et rechercher aussi des ressources extérieures. Il fallait automatiquement, pour ce faire, que la confiance règne entre l'équipe ainsi que M. Christopher et sa femme, et qu'il y ait entre eux de la communication.

La recherche montre très nettement que cette forme de communication et de collaboration en équipe n'est pas aussi courante qu'on le voudrait. En effet, il y a amplement de preuve que nous, qui sommes spécialistes des soins de santé, ne parvenons pas très bien à communiquer entre nous ou à favoriser le consentement éclairé. Par conséquent, le cas de M. Christopher est en quelque sorte inhabituel à cet égard.

Avant de peindre en noir la situation des équipes de soins de santé, je dois dire qu'elle s'améliore. Par ailleurs, les problèmes ressentis au sein de ces équipes reflètent la manière dont notre société est bureaucratisée, spécialisée et soumise à la technologie. Néanmoins, il est certain que la communication est très souvent fragmentée au sein des équipes de soins de santé.

Nous le constatons en particulier dans les soins infirmiers, parce que cela nous cause beaucoup d'angoisse, à nous qui essayons de répondre aux vœux des malades afin de les aider, de même que les membres de leur famille, à prendre des décisions sensées et qui leur permettent d'accéder à une vie significative. À vrai dire, la recherche montre fort bien que très souvent, alors que les infirmières ne font pas partie du processus décisionnel, elles doivent néanmoins donner suite aux décisions qui ont été prises.

Ce qui m'inquiète vraiment, c'est ce qui arrive aux malades et à leur famille quand la communication et la prise de décisions sont mauvaises au sein de l'équipe. Pour en revenir à M. Christopher, il n'est pas difficile d'imaginer que si l'équipe avait manqué de sensibilité et n'avait pas pris au sérieux sa relation avec le malade, la décision de ce dernier aurait été acceptée comme telle. On peut prétendre que cette décision n'était pas parfaitement éclairée, étant donné les options qui s'offraient au malade.

S'il ne s'était pas agi de faire cesser le traitement mais que la décision avait porté sur une démarche plus définitive, soit l'euthanasie, cette décision aurait pu être en très peu de temps irrévocable. Je sais qu'il n'est pas facile de distinguer entre la suppression d'un traitement et l'euthanasie, mais l'une des distinctions tient au fait que la décision en faveur de l'euthanasie tend à être beaucoup moins révoable, moins réversible.

L'une de nos grandes préoccupations vient du fait que si nos équipes ne s'acquittent pas très bien des décisions touchant l'interruption d'un traitement, rien ne permet de croire qu'elles se comporteraient beaucoup mieux si l'euthanasie active ou le suicide assisté étaient permis. En fait, ce pourrait être pire.

Notre seconde grande préoccupation, c'est que la décision de M. Christopher de poursuivre sa dialyse et de jouir de la vie pendant encore quatre ans, selon ses propres termes, dépendait de la disponibilité du soutien domestique que nous lui avons offert.

Nous débattons la question de l'euthanasie et du suicide assisté au moment où notre régime de soins de santé tout entier est aux prises avec un problème pénible et fondamental, celui des compressions budgétaires. Bien que la recherche ne nous ait pas

[Text]

what is happening to patients and their family members as a result of closures of beds and amalgamations, the results of the studies which are being made are not reassuring. They indicate that many people, particularly those in our society whom we consider to be more vulnerable — the elderly, the chronically ill, and women — do not necessarily have access to the services they need.

For example, a recent study by a nursing association in one Canadian province found that older people in extended care facilities were not being adequately fed because there simply were not enough staff to spend the required time with them.

My point is that Mr. Christopher required a good basis of homecare support. In the current state of our health care system, we have reason to be concerned about the availability of homecare support and comprehensive programs of palliative care. Mr. Christopher made a voluntary decision to continue his treatment. If homecare services had not been available to him, he may have made a very different decision which we would not have considered voluntary. It would have been very distressing if he had decided to shorten his life through active euthanasia because there was not enough care available in the community.

In conclusion, it is very clear to myself and my colleagues in nursing that we need to have better team communication and decision-making on matters of treatment withdrawal. We do not do a good job in making decisions about treatment withdrawal. With my intensive care background, I can assure you that people do not give fully informed consent for much of what they undergo.

We must focus first on building patterns of communication and mutual trust within health care teams to foster better decision-making on treatment withdrawal. Edmond Palagrino, a noted ethicist in this area, argued that in our health care institutions we need a sense of moral community, wherein health care providers, professionals, and patients are striving for the same goal.

Second, it is very clear to us that we must strengthen the supportive programs which dying patients and their family members need. By that, I mean adequate levels of homecare support and, in particular, adequate programs of palliative care. People must not foreshorten their dying process out of fear of pain, abandonment or isolation. We must ask ourselves what kind of a society we want and what kind of services we want to provide. We suggest that we want a society and services that support patients and their families through the dying process and assists them with dignity, as well as with pain relief.

On that note, I would like to conclude. I would like to thank you for the opportunity to address this committee and commend you on the very important work you are doing.

[Traduction]

encore fourni de données précises et globales sur les répercussions que les suppressions de lit et les amalgamations auront sur les malades et leur famille, les résultats des études actuelles n'ont rien de rassurant. Ils montrent que beaucoup de personnes, notamment celles que nous tenons pour vulnérables dans notre société (comme les vieillards, les malades chroniques et les femmes) n'ont pas nécessairement accès aux services dont elles ont besoin.

Par exemple, une étude réalisée récemment dans une province par une association d'infirmières a révélé que des personnes âgées placées dans un établissement de soins prolongés n'étaient pas nourries suffisamment parce qu'il n'y avait pas assez de personnel pour y consacrer le temps voulu.

Notre M. Christopher avait besoin d'une aide assurée à domicile. Dans l'état actuel de notre régime de soins de santé, il y a tout lieu de s'inquiéter de la disponibilité du soutien domestique et des programmes globaux de soins palliatifs. M. Christopher a finalement décidé de poursuivre son traitement. S'il n'y avait pas eu d'aide domestique à sa disposition, il aurait très bien pu prendre une toute autre décision dont nous aurions jugé qu'elle n'était pas volontaire. Ça aurait été effrayant qu'il décide d'abrégé sa vie en recourant à l'euthanasie parce que la collectivité ne lui offrait pas les moyens de faire autrement.

En terminant, il est très évident pour moi et mes collègues des soins infirmiers qu'au sein des équipes, il faut améliorer la communication et la prise de décisions touchant l'interruption d'un traitement. Nous nous acquittons mal des décisions en cette matière. Mon expérience en soins intensifs me permet d'affirmer qu'en ce qui concerne une grande partie des soins, les malades donnent un consentement qui n'est pas toujours pleinement éclairé.

Nous devons d'abord nous efforcer d'établir au sein des équipes des modèles de communication et un climat de confiance qui favorisent une meilleure prise de décisions touchant la suppression du traitement. Selon Edmond Palagrino, penseur en éthique médicale, nos établissements de soins de santé ont besoin d'une morale collective faisant en sorte que les fournisseurs de soins, les spécialistes et les malades collaborent à un objectif commun.

Deuxièmement, il nous semble très évident qu'il faut renforcer les programmes de soutien dont les mourants et leur famille ont besoin. Par là, je veux dire une aide domestique adéquate et, en particulier, des programmes adéquats de soins palliatifs. Il ne faut pas que les mourants abrègent la durée du processus par crainte de la douleur, de l'abandon ou de l'isolement. Nous devons nous interroger sur le genre de société que nous souhaitons et le genre de services que nous voulons offrir. À notre avis, il s'agit d'une société et de services qui soutiennent jusqu'au bout les malades et leur famille et qui les aident à vivre dans la dignité, en atténuant leurs souffrances.

C'est là-dessus que je termine. Je vous remercie de m'avoir fourni cette occasion de m'adresser au comité et je vous félicite d'avoir entrepris cette tâche très importante.

[Texte]

Senator Lavoie-Roux: Yours is one of the first presentations we have heard from nurses. You are presently completing your Ph.D., but you have practised before; is that correct?

Ms Rodney: Oh yes, for many years.

Senator Lavoie-Roux: Have you and your colleagues practised in general hospitals?

Ms Rodney: I practised mostly in the intensive care and coronary care units of a large teaching hospital.

Senator Lavoie-Roux: Although you do not represent all nurses, you must discuss euthanasia and/or assisted suicide within your association. How often does it come up and how do you deal with it?

Ms Rodney: In the clinical context, where I practised, where patients were so ill, euthanasia rarely if ever came up in the discussion, because as soon as treatment was withdrawn, patients would die. The discussions and concerns revolved around proper treatment withdrawal. My colleagues and I were greatly concerned about patients who were undergoing extensive treatment, beyond the possibility of any meaningful recovery, and were suffering as a consequence. Research has shown over and over that other nurses have the same concern.

In my experience, there has not been much discussion about euthanasia, but I understand that that has been changing in the last year or two. Colleagues say that they are hearing patients and their families discuss euthanasia more than used to be the case, and it is in the context of not wanting to become a burden on their families and worrying about the costs if there is no one to care for them at home.

Senator Lavoie-Roux: Do you know which is the greater concern: being a burden on the family and the economic aspects of that, or the suffering?

Ms Rodney: Because it is recent, I cannot claim that I have talked to many people about it, but I understand that the emphasis is more on being a burden to the family and the accompanying economic concerns than on suffering. In fact, to my knowledge, patients who have had access to proper palliative care have not reported concerns about suffering.

Senator Lavoie-Roux: Do you feel that, generally speaking, there is less tolerance or capacity on the part of families to be supportive of ill or elderly parents than there used to be?

Ms Rodney: That is an important question. I sense that there is much more stress on families now than there ever has been. Very often, both parents are working, and there are also many one-parent families. I do not believe that there is less desire to help, simply that there is less ability. There are many reports of caregiver exhaustion amongst families that do try to manage it. This is particularly a concern for women who have to give up their jobs to stay at home and care for the ill family member.

[Translation]

Le sénateur Lavoie-Roux: Votre témoignage est l'un des premiers que nous entendions de la part des infirmières. Vous faites actuellement votre doctorat mais vous avez déjà pratiqué, n'est-ce pas?

Mme Rodney: En effet, pendant bien des années.

Le sénateur Lavoie-Roux: Est-ce que vous et vos collègues avez pratiqué dans un hôpital général?

Mme Rodney: J'ai surtout pratiqué dans les services de soins intensifs et de soins coronariens d'un grand hôpital universitaire.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous ne représentez pas l'ensemble des infirmières, mais vous devez discuter parfois d'euthanasie et/ou de suicide assisté dans votre association. Est-ce que cela se produit souvent et comment abordez-vous la question?

Mme Rodney: Dans le milieu clinique où j'ai pratiqué et où les malades sont gravement atteints, il était rarement, sinon jamais question d'euthanasie, car interrompre un traitement signifiait immédiatement la mort. Les discussions et les problèmes consistaient à savoir s'il fallait mettre fin au traitement. Nous étions très préoccupés, mes collègues et moi, au sujet des malades qui recevaient des soins prolongés sans possibilité d'un rétablissement significatif, et qui éprouvaient de grandes souffrances. La recherche révèle constamment que les infirmières ont toutes le même souci.

D'après mon expérience, il n'a jamais été beaucoup question d'euthanasie, mais il semble que cela ait changé depuis un ou deux ans. Mes collègues me disent que les malades et leur famille discutent beaucoup plus qu'auparavant d'euthanasie, et c'est dans le contexte de leur refus de devenir un fardeau pour leur famille et de leur inquiétude à propos des dépenses, lorsqu'il n'y a personne pour prendre soin d'eux à la maison.

Le sénateur Lavoie-Roux: Savez-vous quelle est la préoccupation majeure: est-ce le fait de constituer un fardeau pour la famille, et les aspects financiers de ce problème, ou la souffrance physique?

Mme Rodney: Comme c'est une question récente, je ne peux pas prétendre l'avoir abordée avec beaucoup de gens, mais je crois qu'on craint davantage de constituer un fardeau pour la famille et de lui causer des ennuis financiers que de souffrir. À ce que je sache, en fait, les malades qui ont eu accès à de bons soins palliatifs n'ont pas semblé s'inquiéter à propos de la souffrance.

Le sénateur Lavoie-Roux: De façon générale, croyez-vous qu'il y a moins de tolérance de la part des familles ou qu'elles sont moins en mesure qu'autrefois de prendre soin de parents malades ou âgés?

Mme Rodney: C'est une question importante. J'ai l'impression que les familles subissent plus de tension que jamais auparavant. Très souvent, le père et la mère ont un emploi, et il y a aussi beaucoup de familles monoparentales. Je ne pense pas qu'on ait moins la volonté d'aider, mais ce sont les moyens qui font défaut. On entend beaucoup dire que les familles qui s'efforcent de soigner leurs malades sont épuisées. C'est surtout préoccupant pour les femmes qui doivent renoncer à leur emploi afin de rester au foyer pour soigner un membre de la famille.

[Text]

I do not believe it is a lack of desire, but rather that increasing stresses on families make it more and more difficult to care for their loved ones at home.

Senator Lavoie-Roux: Hence, you do not believe that this problem should influence the decision to shorten the lives of people, but rather that other solutions should be found; is that correct?

Ms Rodney: That is exactly my point. Economic concerns and the availability of services should not influence the decision of patients to end their lives. Our plans of care should revolve around their best interests. I believe that if we have a society in which people are afraid of being abandoned when they are old and in pain, and therefore take action to kill themselves, we have created a society that will be fraught with problems.

I realize that it costs more to care for those people, but I would counter that argument by saying that if we had better informed consent and treatment withdrawal, we would see savings. For example, in the intensive care unit from where I come, many people would not be undergoing the extensive treatments that they do.

Senator Keon: Were you here this morning when Dr. Wallace was testifying?

Ms Rodney: No, I was not able to be.

Senator Keon: Dr. Wallace and the last presenter raised a very real problem, that being that terminal patients have a lot of pain and there is a breakdown between the medical staff and nursing staff when it comes to getting the sedation into the patient. Doctors will order more than the nurse wants to give, and doctors are traditionally afraid of drawing it into a syringe and giving it themselves, so the patient just does not get it.

How do you suggest that that will be overcome?

Ms Rodney: You have raised a tremendously important point about the adequacy of palliative care, and it comes back to the fragmented team communication about which I spoke earlier.

It is certainly not ethically defensible to withhold analgesia. In the teaching aspect of my career, I have spent a lot of time haranguing on that very point. To understand that kind of problem requires that we understand the institutional context within which nurses are working. Nurses used to be taught to be very cautious of oversedating because of problems with breathing, et cetera. Every nursing program in the country is well past that old mythology. However, there are still practitioners who hold that belief, and their beliefs can be transmitted.

However, it is more complex than that. The other problem that nurses on every ward in every hospital are experiencing now is a definite increase in the workload which they are expected to manage. Therefore, it may not be that they do not want to give the analgesic, but that having to cover one-and-a-half times as many patients as they once did lessens their physical availability to

[Traduction]

Je ne pense pas que ce soit un manque de volonté; c'est plutôt qu'en raison des pressions accrues qu'elles subissent, les familles ont de plus en plus de difficulté à prendre soin chez elles de leurs êtres chers.

Le sénateur Lavoie-Roux: Par conséquent, vous ne croyez pas que ce problème devrait influencer sur la décision d'abrégé une vie, mais qu'il faudrait plutôt trouver d'autres solutions, n'est-ce pas?

Mme Rodney: Voilà. Il ne faut pas que les soucis financiers et la disponibilité des services influent sur la décision des malades de mettre fin à leur vie. Nos plans de traitement devraient viser leurs intérêts supérieurs. Si nous en sommes rendus à une société où les personnes âgées craignent d'être abandonnées à elles-mêmes et à leurs souffrances et décident, par conséquent, de se supprimer, cette société a de graves problèmes.

Je sais que cela coûte plus cher de soigner ces personnes mais, en contrepartie, je dois dire que nous pourrions épargner si les gens étaient mieux éclairés sur la possibilité de renoncer à être soignés. Dans l'unité de soins intensifs d'où je viens, par exemple, bien des malades ne voudraient pas des soins prolongés qu'ils subissent.

Le sénateur Keon: Étiez-vous présente, ce matin, lorsque le docteur Wallace a témoigné?

Mme Rodney: Non, je ne pouvais pas.

Le sénateur Keon: Le docteur Wallace et le dernier témoin ont soulevé un problème très réel, celui des malades en phase terminale qui souffrent énormément et celui des divergences qui opposent le personnel médical et le personnel infirmier lorsqu'il s'agit de fournir les sédatifs. Les médecins ont tendance à prescrire une dose plus forte que ce que les infirmières veulent donner, et comme ils craignent normalement de préparer et de donner eux-mêmes l'injection, le malade n'en reçoit pas du tout.

Comment pourrait-on régler ce problème, d'après vous?

Mme Rodney: Vous soulevez là un point des plus importants en ce qui concerne le caractère adéquat des soins palliatifs, et cela revient à la fragmentation de la communication au sein de l'équipe, dont j'ai parlé tout à l'heure.

Il est certainement indéfendable, du point de vue de l'éthique professionnelle, de ne pas donner d'analgésique. Dans mon enseignement, au cours de ma carrière, j'ai beaucoup insisté sur cette question. Pour bien saisir le problème, il faut connaître le contexte institutionnel dans lequel travaillent les infirmières. On enseignait jadis aux infirmières à être très prudentes avec les sédatifs parce qu'ils peuvent provoquer des difficultés respiratoires et ainsi de suite. Dans tous les programmes de soins infirmiers partout au Canada, cette mythologie est tombée depuis longtemps en désuétude. Toutefois, des infirmières y croient encore et peuvent transmettre leurs convictions.

Cependant, la question est plus complexe. L'autre problème c'est que de nos jours, dans tous les services de chaque hôpital, la charge de travail imposée aux infirmières s'est nettement accrue. Par conséquent, ce n'est peut-être pas qu'elles refusent de donner l'analgésique en question, mais comme elles ont une fois et demie plus de patients qu'autrefois, elles sont moins disponibles pour

[Texte]

assess the pain and administer the analgesic. Nurses have told me what a great deal of distress that creates.

Those individuals who do not want to give analgesics are operating in what I would consider to be the dark ages, but my experience has been that it is more often the case that they are not adequately staffed to be able to administer analgesic properly.

There are other scenarios involved as well. I just completed a study with nurses in emergency. A patient came in who was dying of a stroke and was in some pain. It was quite clear that she was going to die. The family was very distressed and wanted her to have analgesic and sedation. The nursing staff was very concerned because the woman was lying there gasping. The nurse asked the physician in charge for an order to administer "X" amount of morphine. He said, "Why does she need it? She is dying." The nurse said, "It appears that she is suffering. The family believes that she is suffering. Can we not give her an analgesic?"

Finally, the physician agreed and the nurse administered an analgesic. A little while later, of course, the patient died, which was going to happen anyway. The nurse was not concerned about that. She had administered an appropriate dosage of analgesic. What did concern the nurse was that when she went back to the desk the physician said to her, "Well, I guess you killed that patient, didn't you."

The game playing and behaviours that revolve around issues such as analgesics can be very complex and very pervasive. I am not arguing that all physicians do that, and I am not arguing that all nurses withhold analgesic, but I am saying that within hospitals and health care facilities we have an organizational context that results in conflict, fragmented communication, and poor decision-making. It is not the fault of doctors or of nurses; it is the fault of our entire system. Those of us who are professionals are working, with some success, to reform that system. A great deal of attention is paid to that in ethics, for example.

To get back to your question, the characterization that nurses do not want to give enough analgesic might be oversimplistic. There may be nurses who are doing that. There may also be nurses who have far too heavy a work load to physically carry out the care required. There are also times when the patterns of conflict and communication in the institution are such that it is very difficult to enact a good plan of care.

I will state again that this is not unique to hospitals or health care agencies. As an example, the *Challenger* disaster in Nassau followed almost exactly the same pattern, changing a few facts.

Senator Keon: You left out one vital component, especially in hospitals, and that is the quality assurance committee. Both doctors and nurses are afraid of the quality assurance committee, and that is impacting on cases such as the very sad story we heard just a few minutes ago. Something has to be done about

[Translation]

évaluer la douleur et administrer le médicament. Des infirmières m'ont dit combien ce problème les bouleverse.

Les personnes qui refusent d'administrer un analgésique en sont encore au moyen âge, à mon avis, mais plus souvent qu'autrement, d'après mon expérience, le problème tient au fait que le personnel infirmier n'est pas assez nombreux pour pouvoir administrer l'analgésique comme il se doit.

Il y a aussi d'autres scénarios en cause. Je viens de terminer une étude sur les services infirmiers à l'urgence. Dans un cas, une femme ayant subi une attaque est arrivée. Elle était très souffrante et c'était évident qu'elle allait mourir. Sa famille était bouleversée et demandait un analgésique et un sédatif. Le personnel infirmier compatissait parce que la malade cherchait son souffle. L'infirmière a demandé au médecin responsable une ordonnance lui permettant d'administrer une certaine dose de morphine. «Pourquoi en aurait-elle besoin, a-t-il répondu, puisqu'elle va mourir?» «Elle a l'air de souffrir, lui a dit l'infirmière. La famille pense qu'elle souffre. Ne peut-on pas lui donner un analgésique?»

Le médecin a finalement donné son accord et l'infirmière a administré le médicament. La dame est morte un peu plus tard car la chose était, bien sûr, imminente. L'infirmière ne s'en est pas inquiétée. Elle lui avait donné une dose appropriée d'analgésique. Ce qui l'a préoccupée, par contre, c'est qu'à son retour au poste le médecin lui dit : «Vous avez fini par tuer cette malade, n'est-ce pas?»

Le jeu de coulisse et les comportements qui entourent, par exemple, la question des analgésiques, peuvent être complexes et obsédants. Je ne prétends pas que tous les médecins agissent ainsi et que toutes les infirmières refusent d'administrer un analgésique, mais dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé, l'organisation est telle que cela débouche sur des conflits, une communication tronquée et une mauvaise prise de décisions. Ce n'est pas la faute des médecins ni des infirmières; c'est tout le système qui est à blâmer. Ceux d'entre nous qui ont le sens professionnel cherchent à réformer le système et y parviennent jusqu'à un certain point. En éthique, par exemple, ce sujet retient beaucoup l'attention.

Pour en revenir à votre question, il serait simpliste d'affirmer que les infirmières refusent de donner des analgésiques en dose suffisante. C'est peut-être vrai pour certaines. Mais pour d'autres, leur tâche est peut-être beaucoup trop lourde pour qu'elles puissent matériellement prodiguer les soins voulus. Il arrive aussi que dans un établissement, les conflits et le manque de communication soient tels qu'il devient très difficile de mettre en oeuvre un bon plan de traitement.

Je tiens à répéter que ce phénomène n'est pas particulier aux hôpitaux et aux établissements de soins de santé. À peu de choses près, c'est cela qui a provoqué, par exemple, l'écrasement du *Challenger* à Nassau.

Le sénateur Keon: Vous n'avez pas parlé d'un élément crucial, surtout en ce qui concerne les hôpitaux, soit le comité d'assurance de la qualité. Les médecins craignent aussi bien que les infirmières le comité d'assurance de la qualité, avec les répercussions que cela entraîne comme dans le triste exemple

[Text]

that because there is a tremendous fear of going a little beyond the norm, and that really does not matter for the terminal patient. The important thing is to get them sedated until their pain is gone. This triangle of the doctor writing the order, the nurse discharging the order, and the quality assurance committee coming along and adding up the dosage given over 24 hours is interfering with patients getting treated the way they should be.

Please take that back to your palliative care committee.

Ms Rodney: I certainly will. If we had a caring moral community in our hospitals, that would not happen.

The Chairman: We will now hear from Ms Normandin-Miller.

Ms Louise Normandin-Miller: I will not be taking much of the committee's time. I was told that I would not be given an opportunity to speak, so I will be ad libbing.

Senator Corbin: Why were you told you would not have an opportunity to speak?

Ms Normandin-Miller: I made a presentation on May 11 in Ottawa.

Senator Corbin: This is your second round then; is that right?

Ms Normandin-Miller: This is my second round. To give some context to this for the people in the audience, my presentation on May 11 related to a personal experience. My experience was very similar to that described by Mr. Sigurdson. I gave an account of a failed suicide.

My hope this time around is to address policy questions. Since I appeared on May 11, I have been reading the transcripts of some of the proceedings. This issue is very polarizing. After having been here for a couple of days again, I believe that I may have misjudged the situation. I thought that each side was not really trying to understand the other side. Perhaps it is too difficult to take into account the concerns on both sides of this issue.

I heard Dr. Kluge's presentation earlier. I am not in a position to evaluate his proposal for legislation. I have come up with something very simplistic in the event that we are not prepared to develop very sophisticated legislation which would address the complexity of the issue.

I suggest an amendment to section 241(b) of the Criminal Code. I have heard some people propose that this section be completely eliminated from the Criminal Code, and others propose that it be maintained as is. I am trying to find a compromise. I am not a lawyer. What I am expressing is merely the spirit of what I would like to see enacted. I do not have a proposed text.

Time and time again, I have heard people express concern about possible abuses if this section of the Criminal Code were taken out. They speak about the gentle coercion and the possibility that someone might be influenced to commit suicide. I propose

[Traduction]

qu'on a évoqué tout à l'heure. Il faut faire quelque chose à cet égard, car la crainte de dépasser quelque peu la norme est très répandue, et cela n'est pas vraiment important pour les malades en phase terminale. Ce qui compte c'est de calmer leurs douleurs, de les empêcher de souffrir. À cause de ce triangle entre le médecin qui rédige l'ordonnance, l'infirmière qui l'exécute et le comité d'assurance de la qualité qui entre en jeu et calcule la dose étalée sur 24 heures, les malades ne reçoivent pas le traitement qu'ils devraient.

Tâchez de rapporter cela à votre comité des soins palliatifs.

Mme Rodney: Je vais certainement le faire. Si les milieux hospitaliers avaient un meilleur sens moral, cela ne se produirait pas.

La présidente: J'invite maintenant Mme Normandin-Miller à prendre la parole.

Mme Normandin-Miller: Je ne prendrai pas beaucoup de votre temps. Comme on m'avait dit que je ne pourrais pas intervenir, je vais improviser.

Le sénateur Corbin: Pourquoi vous a-t-on dit que vous ne pourriez pas intervenir?

Mme Normandin-Miller: Je suis déjà intervenue le 11 mai à Ottawa.

Le sénateur Corbin: Vous en êtes donc à votre deuxième tour, n'est-ce pas?

Mme Normandin-Miller: C'est mon deuxième tour. Pour donner une idée du contexte à l'intention de l'auditoire, mon témoignage du 11 mai concernait une expérience personnelle. Il s'agissait d'un cas très semblable à celui que M. Sigurdson a décrit. J'ai raconté un suicide manqué.

En cette seconde occasion, je voudrais parler de politique. Depuis mon témoignage du 11 mai, j'ai lu le compte rendu de certaines de vos délibérations. Le problème est très polarisé. Après quelques jours passés de nouveau au comité, je m'aperçois que j'ai peut-être mal évalué la situation. Je croyais que d'un côté comme de l'autre, on ne cherchait pas à se comprendre. Il est peut-être trop difficile de tenir compte des préoccupations qui entourent de part et d'autre cette question.

J'ai entendu le témoignage du docteur Kluge tout à l'heure. Je ne suis pas en mesure d'évaluer ses propositions législatives. J'ai préparé quelque chose de très simple au cas où on ne serait pas disposé à mettre au point une mesure législative qui aborde cette question dans toute sa complexité.

À mon avis, il y aurait lieu de modifier le paragraphe 241(b) du Code criminel. Certains ont proposé de supprimer carrément cette disposition du Code criminel alors que d'autres voudraient qu'elle soit maintenue telle quelle. Pour ma part, je cherche un compromis. Je ne suis pas avocate. Je ne fais qu'exprimer l'esprit de ce que devrait être la loi. Je n'ai pas de texte à proposer.

À maintes reprises, j'ai entendu des gens s'inquiéter des abus que pourrait entraîner le retrait de cette disposition du Code criminel. On a parlé de la possibilité que quelqu'un soit forcé en douceur à se suicider ou soit influencé en ce sens. Je propose

[Texte]

simply that we change the text to include anyone who coerces or pressures someone to commit suicide. I would otherwise keep the text as it is.

I believe that "aiding and abetting" is too strong because it makes doctors feel uncomfortable about advising patients on safe methods of committing suicide. As you heard, my husband attempted to kill himself and it was a horrific experience. This might have been avoided if, once he had made up his mind, he had at least been able to access information on how he could do it safely and painlessly. That is all I have to say.

Senator Beaudoin: Are you talking about pressure to commit suicide? That is substantially different from assisting.

Ms Normandin-Miller: It is. I brought this up because if and when my health deteriorates to a point where I do not want to go on any more, I would like to have the option to commit suicide. From my experience, I know that it is not that simple. If you have read Mr. Ogden's book, you will be familiar with cases, besides that of my husband, of people having great difficulty with botched suicides.

One of the reasons for that is lack of information for lay people. I read a comment by Senator Keon in these proceedings to the effect that if people want to commit suicide, it is easy. Perhaps for a doctor, who has access to medication and knows about medication, it is easy, but for a lay person it is not.

Because of section 241(b) of the Criminal Code, doctors do not want to give information because it could be construed as aiding and abetting. My initial reaction to this situation was that we should get rid of section 241(b) of the Criminal Code. However, when I attended more hearings in Ottawa, I heard people argue that if we were to remove this section, some weak and vulnerable people may be pressured into committing suicide. It occurred to me that one way of handling both sides of the issue would be to protect the vulnerable by changing the wording to "anyone who pressures or coerces". I realize that it is difficult to define, but how do you define "aid and abet"?

Senator Beaudoin: It is not only a question of drafting the legislation. How are you going to prove that?

Ms Normandin-Miller: I leave that to the lawyers.

Senator Beaudoin: In the field of criminal law, you are found guilty by a jury or judge when there is no reasonable doubt. How are you going to establish that you have sustained pressure from a physician? Sometimes it may be easy, but sometimes it may be more difficult.

You have two points. You say a person needs information, and you also say that vulnerable people would need protection of the law against the pressure of a physician. They are two different concepts.

Ms Normandin-Miller: They are.

[Translation]

simplement de modifier cette disposition pour y inclure quiconque force ou incite une personne à se suicider. Je ne changerais rien d'autre au libellé.

Les mots «aide ou encourage» me semblent trop forts, parce que les médecins craignent de conseiller les malades sur les méthodes de suicide qui sont sûres. Comme vous le savez, mon mari a tenté de se suicider et ce fut une expérience affreuse. Cela aurait pu être évité si, après avoir pris sa décision, il avait pu du moins se renseigner sur la façon d'agir pour être sûr de son coup et ne pas souffrir. C'est tout ce que j'ai à dire.

Le sénateur Beaudoin: Parlez-vous de pressions en vue de pousser au suicide? C'est différent de l'aide au suicide, quant au fond.

Mme Normandin-Miller: En effet. J'en parle parce que si jamais ma santé se détériorait au point de me faire perdre le goût de vivre, j'aimerais avoir l'option de me suicider. Je sais d'expérience que ce n'est pas aussi simple. Si vous avez lu le livre de M. Ogden, vous êtes au courant de cas, à part celui de mon mari, où les personnes ayant échoué dans leur tentative de suicide font face à de graves difficultés.

Cela tient, entre autres, au fait que les simples gens n'ont pas l'information voulue. J'ai lu dans le compte rendu de vos délibérations une remarque du sénateur Keon selon laquelle il est facile de se suicider quand on le veut. C'est peut-être vrai pour un médecin qui a des médicaments à sa portée et qui s'y connaît, mais pas pour les gens ordinaires.

À cause du paragraphe 241(b) du Code criminel, les médecins refusent de fournir de l'information de peur d'être accusés d'avoir aidé ou encouragé quelqu'un à se donner la mort. Ma première réaction a été de penser qu'il fallait supprimer le paragraphe 241(b) du Code criminel. Toutefois, lors des audiences auxquelles j'ai assisté à Ottawa, j'ai entendu des témoins affirmer que si cette disposition était supprimée, il se pourrait que des personnes faibles et vulnérables fassent l'objet de pressions pour les amener à se suicider. J'ai pensé que pour donner satisfaction aux deux parties du débat, on pourrait protéger les personnes vulnérables en modifiant le libellé comme suit : «quiconque incite ou force». Je sais que ce serait difficile à définir, mais comment définissez-vous les termes «aide ou encourage»?

Le sénateur Beaudoin: Il ne s'agit pas seulement de rédiger le texte de loi. Comment pourrait-on prouver cela?

Mme Normandin-Miller: J'en laisse le soin aux avocats.

Le sénateur Beaudoin: En droit criminel, vous êtes reconnu coupable par un jury ou un juge en cas de doute raisonnable. Comment faire la preuve que vous avez subi les pressions d'un médecin? Dans certains cas ce serait facile, mais dans d'autres, plus difficile.

Vous soutenez deux points. Vous dites qu'une personne doit être informée, mais vous dites aussi que la loi doit protéger les personnes vulnérables contre les pressions qu'un médecin pourrait exercer. Ce sont deux notions différentes.

Mme Normandin-Miller: En effet.

[Text]

Senator Beaudoin: But it is not the end of the world if a person wishes to go ahead with that. It is always the same. It may be easy for one person and very difficult for another, and some people may prefer assisted suicide.

Ms Normandin-Miller: Of course.

Senator Beaudoin: There is also that possibility. Everything is possible. You would recommend such a modification of section 241?

Ms Normandin-Miller: My personal preference is that people have the choice to do what they want with their own bodies. That is my personal bias. I would prefer assisted suicide to having to commit suicide on my own. However, I have been hearing arguments on the other side and I am trying to find a compromise. Hence, even though I would prefer assisted suicide, if society is not ready for that, I would like to find a compromise that would allow people who want to commit suicide alone to at least be informed so that they will not botch it up, thus causing so much pain to themselves and their families.

Senator Beaudoin: Your message is clear.

Ms Normandin-Miller: Thank you very much for hearing me again.

The Chairman: Our next witness will be Ms Susan House. Please proceed Ms House.

Ms Susan House: Thank you for this opportunity. I am here this evening not as a representative of the Public Health Association, I am here as my mother's daughter.

My mother is 63 years old and she has Pick's Disease. She has been in a nursing home in Ontario for two years. Pick's is like Alzheimer's in some ways, although not exactly. It is a degenerative brain disease. Once you have been diagnosed, your life expectancy is about seven years.

My mom has been sick for five years. She does not receive a pension. She never worked outside the home. Since the age of 60, she has received a spouse's allowance of about \$15 a month. Her nursing home care costs approximately \$52 per day, and my dad pays it without complaint. My dad is not a rich man but because he has more than \$3,000 in the bank, he does not qualify for any financial assistance.

My question is, if there was no law against euthanasia and physician-assisted suicide, would my mom and people like her be looked upon as financial burdens? There are those today who say people like my mom are burdens on our health care system. There is no one in my family who feels my mother is a burden, but I sometimes wonder about other families where possibly a son or a daughter might view every month that goes by as another \$1,500 lost from their inheritance. What if the nursing home physician decided that he or she needed my mom's bed for a patient who was less sick?

[Traduction]

Le sénateur Beaudoin: Mais ce n'est pas la fin du monde quand on sait ce qu'on veut. C'est toujours pareil. Ça peut être facile pour une personne et très difficile pour une autre, et certains pourraient préférer le suicide assisté.

Mme Normandin-Miller: Bien sûr.

Le sénateur Beaudoin: Il y a aussi cette possibilité. Tout est possible. Vous recommanderiez de modifier de cette façon l'article 241?

Mme Normandin-Miller: Quant à moi, je préférerais qu'on puisse faire ce qu'on veut de son corps. C'est mon opinion personnelle. Je préférerais le suicide assisté au fait de devoir me donner moi-même la mort. Cependant, j'ai entendu des arguments différents et je voudrais trouver un compromis. Par conséquent, même si je préfère le suicide assisté, si la société n'est pas prête, je voudrais qu'on trouve un compromis afin que les personnes qui veulent se suicider puissent au moins se renseigner, de manière à ne pas rater leur tentative et à ne pas infliger ainsi toute cette souffrance à elles-mêmes et à leur famille.

Le sénateur Beaudoin: Votre message est clair.

Mme Normandin-Miller: Merci beaucoup de m'avoir entendue à nouveau.

La présidente: Notre prochain témoin sera Mme Susan House. Veuillez commencer, madame House.

Mme Susan House: Je vous remercie de cette occasion de témoigner. Je me présente ici ce soir non pas en qualité de représentante de l'Association d'hygiène publique mais plutôt comme fille de ma mère.

Ma mère est âgée de 63 ans et souffre de la maladie d'Arnold Pick. Elle est placée depuis deux ans dans une maison de soins infirmiers de l'Ontario. À bien des égards, quoique pas exactement, la maladie d'Arnold Pick ressemble à la maladie d'Alzheimer. C'est une maladie qui entraîne une dégénérescence des fonctions cervicales. Lorsqu'elle est diagnostiquée, elle laisse une espérance de vie d'environ sept ans.

Ma mère est malade depuis cinq ans. Elle ne touche aucune pension. Elle n'a jamais travaillé hors de son foyer. Depuis l'âge de 60 ans, elle bénéficie d'une allocation de conjoint d'environ 15 \$ par mois. Les soins qu'elle reçoit actuellement coûtent approximativement 52 \$ par jour, une somme que mon père règle sans se plaindre. Il n'est pas riche mais comme il a plus de 3 000 \$ en banque, il n'a pas droit à une aide financière.

La question que je désire poser est la suivante: s'il n'y avait pas de loi contre l'euthanasie et le suicide assisté par un médecin, ma mère et les gens qui sont dans une situation similaire seraient-ils considérés comme un fardeau financier? Il existe actuellement des gens qui disent que les personnes comme ma mère constituent un fardeau pour notre système de soins de santé. Personne dans ma famille n'estime que ma mère est un fardeau mais je me demande parfois ce qu'il en est dans d'autres familles où un fils ou encore une fille pense peut-être que, chaque mois qui passe, son héritage diminue de 1 500 \$ de plus. Que se passerait-il si le médecin de la maison de soins infirmiers décidait que l'on a besoin du lit de ma mère pour un patient moins malade?

[Texte]

In the mid 1970s, my grandmother died. In 1990, my mother's sister died. It is suspected that both died of Pick's disease which is inherited. Pick's disease strikes women more than men, so I feel I am speaking, potentially, not just for my mom but for myself and perhaps for my children.

If we change the law, I feel there are no safeguards which can be built in to protect people who are vulnerable as my mom is today. Therefore, I respectfully ask this committee not to recommend changes to our law. Thank you.

The Chairman: Mrs. von Dehn, welcome.

Mrs. Cecilia von Dehn, REAL Women of British Columbia: Good evening, honourable senators. I am speaking on behalf of Laurie Geschke, president of REAL Women of B.C., as well as presenting you my views as a nurse-member.

REAL Women of B.C. is a chapter of the national, nonpartisan, political lobbying organization by the same name. Our acronym stands for "Realistic, Equal, Active for Life". We now represent thousands of member families across the province.

Our president could not be here. She has asked me to read her poignant examples and recommendations taken from the experiences of families who have protected their dying loved ones with compassion and dignity. As we are a pro-family organization, her presentation will focus on specific families.

Premature, deliberate extinguishment of life in a hospital or home setting is definitely not on our agenda. As I read this short presentation, I interject and relate as a nurse who is still involved closely with the lives of the dying, the disabled and the elderly.

I know that our profession, as well as that of physicians, cannot interchange roles as healers and nurses and then, in the next room or home, become deliberate killers on request. The routine back and forth will severely diminish our attention and care to patients in general.

Our professional regulating associations and colleges will have little credibility to censor conduct or delivery of drugs to one patient if, for the next client, the written overdose was deliberate as an order to kill. Such an act, even if performed by one doctor or nurse, affects the whole profession.

Let me continue with a sampling of inspirational, safe care of patients, care that is as natural as heroic and which can be available at home and in hospital if we give more emphasis to

[Translation]

Ma grand-mère est morte au milieu des années 70. La soeur de ma mère est morte en 1990. On soupçonne que, dans les deux cas, la cause de leur décès était la maladie d'Arnold Pick, qui est héréditaire. Cette maladie frappe les femmes plus que les hommes et j'ai donc l'impression de m'exprimer non pas simplement pour ma mère mais, potentiellement, aussi pour moi-même et peut-être au nom de mes enfants.

Si nous modifions la loi, je crains que le système n'offre plus de protection aux personnes qui, comme c'est maintenant le cas pour ma mère, se trouvent dans une situation vulnérable. Je prie donc respectueusement ce comité de ne pas recommander que l'on apporte des modifications à la loi. Je vous remercie.

La présidente: Madame von Dehn, bienvenue.

Mme Cecilia von Dehn, REAL Women of British Columbia: Honorables sénateurs, bonsoir. Je m'exprimerai au nom de Laurie Geschke, présidente de *REAL Women of B.C.*, en plus de vous présenter les opinions personnelles que j'entretiens en tant qu'infirmière.

REAL Women of B.C. est une section locale de l'organisation politique nationale non partisane de lobbying qui porte le même nom. Notre acronyme est l'abréviation de «réalistes, égales et actives pour la vie». Nous comptons maintenant parmi nos membres plusieurs milliers de familles de la province.

Notre présidente n'était pas en mesure de se présenter devant vous. Elle m'a demandé de vous exposer les exemples poignants que nous avons connus ainsi que les recommandations que nous avons formulées sur la base des expériences des familles qui ont protégé avec compassion et dignité leurs membres mourants. Nous sommes une organisation de défense de la famille et l'exposé que notre présidente a préparé se concentrera donc sur des familles spécifiques.

L'extinction prématurée et délibérée d'une vie, que ce soit dans un hôpital ou dans une résidence, ne figure certainement pas dans notre programme. En vous lisant ce bref exposé, je ne peux m'empêcher d'émettre des objections et de penser à ma condition d'infirmière qui continue d'être concernée de près par l'existence des mourants, des handicapés et des personnes âgées.

Je sais que les membres de notre profession, tout comme les médecins, ne peuvent un instant s'occuper de guérir et de soigner puis, en passant dans la pièce suivante ou en se rendant chez quelqu'un, tuer délibérément sur demande. Le fait de passer ainsi d'un rôle à l'autre réduirait gravement l'attention et les soins que nous offrons aux patients en général.

Les associations et les confréries qui régissent nos activités professionnelles ne seraient plus guère prises au sérieux lorsqu'elles blâmeraient la conduite d'un de leurs membres ou lui reprocheraient d'avoir prescrit certains médicaments à un patient si, dans le cas suivant, la surdose indiquée par écrit avait délibérément pour but de mettre fin à l'existence de quelqu'un. Un tel acte, même s'il est effectué par un médecin ou une infirmière, a des répercussions sur l'ensemble de la profession.

Vous me permettez de poursuivre en vous donnant quelques exemples de cas de soins de qualité qui ont été dispensés à des patients, des cas qui sont une source d'inspiration et des soins qui

[Text]

support and not so much to planning for a quick exit and redefining compassion as a burden to kill.

Cecilia Mary Clarke is a mother. Her son David was born in 1967 and died in 1968. Her daughter Kathleen and her son Joseph were both diagnosed with haemolytic uraemic syndrome, or HUS, the disease that killed David. Mrs. Clarke writes:

During their illnesses, many fine doctors and nurses and staff at Montreal Children's Hospital fought long and hard to save all three. Death was ever present in the ICU during these long weeks and months I spent with my children as they died, Joseph in 1974. My husband and I were sustained by the knowledge that everything that could be done for them had been done. The staff was wonderful. Death under such circumstances is dignified and clean.

In 1994 we cannot guarantee a safe natural death for such babies. Mrs. Clarke was able to be sustained by the staff. Now we are on the threshold of any "Mrs. Clarke" being coerced into agreeing to an unnatural ending under the guise of compassion.

Alan Wardle's grandmother was born in 1898. In 1983 she and her husband moved out west to live with their son and daughter-in-law. They led active and involved lives. In 1984, Grandmother had a stroke and preparations were made for a funeral, but she did recover at home with love and support from her family, home visits from her doctor, nurse and therapist. Although more frail, Grandmother lived another 10 years with her family and then moved to a nursing home. She was a part of many people's lives as they were involved with her care and saw her through without pressure and interference to leave earlier.

Certainly society can encourage families to ease into the role of caregiver for the elderly. Tax credits and tax deductions would help the financial loss when caring for a dependent member in the home full time or part time. We can create a welcoming environment for our elderly rather than let them absorb a pressured atmosphere to bow out as a "burden".

The last example is of Sharon, a young mother of two boys under five. Sharon was diagnosed with multiple sclerosis. Her condition deteriorated. She remained at home with the loving support of her husband, boys, friends and extended family. This network followed her to an extended care hospital when she

[Traduction]

sont à la fois naturels et héroïques et que l'on pourrait obtenir chez soi comme à l'hôpital si l'on accordait davantage d'importance au soutien des patients en pensant un peu moins à planifier une sortie rapide et à redéfinir la compassion comme une obligation de tuer.

Cecilia Mary Clarke est une mère. Son fils David est né en 1967 et mort en 1968. Il a été médicalement établi que sa fille Kathleen et son fils Joseph souffrent tous deux du syndrome de Gasser, la maladie qui a tué David. Mme Clarke écrit:

Durant leur maladie, nombre d'excellents médecins et infirmières et bien des membres du personnel de l'Hôpital de Montréal pour enfants se sont battus longtemps et avec ardeur pour les sauver tous les trois. La mort était omniprésente au sein du service des soins intensifs durant les longues semaines et les longs mois que j'y ai passés avec mes enfants qui se mouraient, en 1974 dans le cas de Joseph. Mon mari et moi-même étions réconfortés par la certitude que tout ce qui pouvait être fait pour eux l'avait été. Le personnel de l'hôpital s'est montré merveilleux. La mort, lorsqu'elle survient dans de telles circonstances, est propre et empreinte de dignité.

En 1994, nous ne pouvons plus garantir à des bébés de ce genre une mort naturelle dans les meilleures conditions possibles. Le personnel de l'hôpital a su donner courage à Mme Clarke. Maintenant, nous sommes presque arrivés à un stade où l'on amènera n'importe quelle «Mme Clarke» à accepter une fin qui n'est pas naturelle sous prétexte de compassion.

La grand-mère de Alan Wardle est née en 1898. En 1983, son mari et elle-même ont déménagé dans l'Ouest afin de vivre avec leur fils et leur belle-fille. Ils ont mené une existence active et bien intégrée à la communauté. En 1984, cette grand-mère a connu un grave accident cérébro-vasculaire et sa famille a commencé à préparer ses funérailles. Mais elle s'est rétablie chez elle grâce à l'amour et au soutien de sa famille, aux visites à domicile de son médecin, de son infirmière et de son thérapeute. Même si elle était devenue un peu plus frêle, cette grand-mère a vécu 10 autres années avec sa famille avant d'être placée dans une maison de soins infirmiers. Elle faisait partie de l'existence de nombreuses personnes qui étaient appelées à la soigner et qui l'ont aidée à arriver au bout de son existence sans l'inciter à y mettre prématurément un terme.

La société peut sans aucun doute encourager les familles à s'occuper des soins qu'il faut dispenser aux personnes âgées. Des déductions et crédits d'impôt contribueraient à minimiser la perte financière que l'on subit lorsque l'on doit, à temps plein ou à temps partiel, dispenser des soins à un membre de sa famille que l'on a à sa charge. Nous pouvons donner à nos personnes âgées l'impression qu'elles sont les bienvenues au lieu de les exposer à une atmosphère où elles se sentent poussées à cesser d'être un «fardeau».

Le dernier exemple est celui de Sharon, une jeune mère de deux garçons de moins de cinq ans. Les médecins ont annoncé à Sharon qu'elle avait la sclérose en plaques. Son état est allé en se détériorant. Elle est restée chez elle en profitant de tout l'amour et de toute l'aide que lui offraient son mari, ses enfants, ses amis et

[Texte]

suffered a stroke and almost died. It was not an easy life for all, but the routine of daily visits and even home-cooked meals brought in by the family helped connect the two worlds of home and hospital.

Her husband sees another gap which can be filled by increasing the role of volunteers of all age groups in order to enhance and enrich the lives of those in extended care facilities. We should encourage our youth via their schools to lend their time and talents in exchange for training in giving and in protecting the defenceless and the lonely.

It is not within your power to legislate a remedy for Canadians who have lost the desire to live, but we encourage you to focus on humane methods to sustain, reverse and research methods to compensate and cope, rather than recommending legislative loopholes to facilitate killing the despondent and the desperate.

To focus on the value of life in all stages of sickness is uplifting and gives back courage to look at the elderly and chronically ill with compassion.

We must encourage the network of family and extended relationships as the best insulator against losing the will to live.

These hearings alone, unfortunately, send messages to the frail and elderly. They wonder if legislation will deal the fatal blow, and if doctors and nurses, hospitals and care facilities will become the most feared of people and places.

The issue being raised by this committee seems to be: Should we allow some healthy, well-educated people to set the terms of reference for killing others who are in the full swing of natural aging or who are alone or sick or handicapped? We cannot allow some people to kill other people with impunity.

The Canadian Medical Association rejected the practice of euthanasia and physician-assisted suicide for all the best reasons which you have heard.

Nurses would be and are very vulnerable, too, as the deliverer of a doctor's orders. A doctor's or nurse's "conscience clause" is needed to allow them to refuse any participation in directions or orders to deliberately kill a patient. No legislation should enforce killing patients as part of a job description or hiring policy; nor should any physician be forced to recommend patients to another practitioner for such an act.

[Translation]

l'ensemble de sa famille. Ce réseau l'a suivie jusqu'à dans un établissement de soins prolongés lorsqu'elle est presque morte d'un accident cérébro-vasculaire. Cette existence n'était facile pour personne mais le train-train des visites quotidiennes et même des repas préparés à la maison que lui amenait sa famille l'aidaient à rattacher l'univers de son domicile à celui de l'hôpital.

Son mari voit une autre lacune que l'on pourrait combler en renforçant le rôle que jouent les bénévoles de tous âges de manière à améliorer et à enrichir l'existence de ceux qui se trouvent dans un établissement de soins prolongés. Nous devrions encourager nos jeunes, dans le cadre de leurs activités scolaires, à faire profiter autrui de leur temps et de leurs talents en échange d'une formation à ce qu'il faut faire pour protéger et aider ceux qui sont seuls et sans défense.

Nous n'avons pas le pouvoir de décréter un remède à l'intention des Canadiens qui ont perdu le désir de vivre mais nous vous exhortons à vous concentrer sur la recherche de méthodes humaines permettant d'entretenir la vie, d'inverser le cours de la maladie et de chercher les moyens de la guérir, des méthodes qui permettent de compenser et de faire face, plutôt que de recommander la création d'échappatoires législatives grâce auxquelles on pourrait tuer plus facilement ceux qui sont désespérés et déprimés.

Le fait de se concentrer sur la valeur de l'existence à tous les stades de la maladie élève l'esprit et redonne le courage de voir avec compassion les personnes âgées et celles qui sont chroniquement malades.

Nous devons encourager l'action du réseau que constituent la famille et les personnes avec lesquelles on entretient des relations puisqu'elle est le meilleur moyen d'empêcher une personne de perdre la volonté de vivre.

Malheureusement, par le simple fait qu'elles aient lieu, ces audiences envoient des messages aux personnes frêles et âgées. Elles se demandent si la loi leur portera le coup fatal et si les médecins et les infirmières, les hôpitaux et les établissements de soins deviendront les personnes et les endroits que l'on craint le plus.

La question soulevée par ce comité semble être la suivante: Devrions-nous autoriser certaines personnes en pleine santé et bien éduquées à établir les conditions dans lesquelles il est possible d'en tuer d'autres qui vivent un processus de vieillissement naturel ou encore qui sont seules, malades ou handicapées? Nous ne pouvons laisser certaines personnes en tuer d'autres en toute impunité.

L'Association médicale canadienne a dénoncé la pratique de l'euthanasie et du suicide assisté par un médecin pour toutes les excellentes raisons que vous venez d'entendre.

Les infirmières seraient, et sont d'ores et déjà, très vulnérables elles aussi puisqu'elles ont à exécuter les ordres du médecin. Il faut que médecins et infirmières puissent s'appuyer sur une «clause d'objection de conscience» pour qu'ils puissent refuser de participer, par des indications ou des ordres, au meurtre délibéré d'un patient. Aucune loi ne devrait faire entrer l'obligation de tuer des patients dans le cadre d'une description de fonction ou d'une

[Text]

It is offensive that the medical profession has been constantly under siege to take on the state's contract killing fields. It is unfortunate that the siege continues. REAL Women of B.C. and all member-nurses urge this committee to promote an end to this siege and give us time to regenerate positive attitudes to cope with illnesses and the dying stages of life.

I would add, regarding the "conscience clause", that doctors and nurses must be very wary and independent of hospital ethicists. We all have our own ethical line regardless of whether a hospital or facility has a resident ethicist who may or may not conflict with one's own terms of references.

The Chairman: Thank you.

I would now call on Reverend Osborg.

Rt. Reverend Dr. Bernd Osborg: Bless you all. Thank you, Madam Chair, honourable members of the committee.

I am a retired bishop of the Liberal Catholic Church. I have been a practicing priest since 1953. I would make the following observation concerning the nature of the soul, the divine spark and its relation to life and living.

There was a time when human beings were said to be bodies which have souls. After that came a period when human beings were defined as souls which have bodies. I submit that, in modern terms, our immortal selves are mini-command posts of "God", that is the Uncreated Absolute, the Flame of Life, and that they send out pseudopodia in the form of individual souls when they incarnate on the physical plane.

The soul in turn manifests itself through the mind which uses the physical brain as its anchor.

The Latin term for the soul is *anima*, and one of the two basic functions of the soul is to animate the consciousness, the mind of its vehicle, the individual man or individual woman in incarnation which each of us thinks of us as our selves.

The other basic function of the soul is to control bodily functions including the sense of self-preservation, which it does through the autonomous nervous system. So the term *anima* seems quite appropriate. The soul animates both the mind and body of the individual self.

However, as sparks of the Flame of Life, the Uncreated Absolute which is the Central Spiritual Sun, our immortal selves partake of the very nature of God, and they are endowed with the supreme gift which the Creator has bestowed, free will and its offspring, intent. I define the latter as directed, focused and disciplined free will.

[Traduction]

politique de recrutement; aucun médecin ne devrait non plus être contraint de recommander des patients à un confrère qui se chargerait d'un tel acte.

Il est choquant que la profession médicale ait été constamment incitée à accepter de tuer pour le compte de l'État. Il est malheureux que l'on continue de le faire. *REAL Women of B.C.* et toutes les infirmières qui en sont membres exhortent ce comité à réclamer que l'on mette un terme à de telles démarches et que l'on nous donne le temps de régénérer des attitudes positives à l'égard de la maladie et des stades ultimes de la vie.

J'ajouterais, en ce qui concerne la «clause d'objection de conscience», que médecins et infirmières doivent préserver leur indépendance à l'égard des spécialistes de l'éthique hospitalière et faire preuve de la plus grande méfiance envers ceux-ci. Nous avons en effet tous des principes d'éthique, que l'hôpital ou l'établissement où nous travaillons compte ou non un spécialiste de l'éthique dont l'avis puisse ou non aller à l'encontre des principes d'une personne.

La présidente: Je vous remercie.

J'aimerais maintenant appeler le révérend Osborg.

Le révérend Bernd Osborg: Dieu vous bénisse. Je vous remercie, madame la présidente, ainsi que tous les honorables membres du comité.

En qualité d'évêque aujourd'hui à la retraite de l'Église catholique libérale et de prêtre qui exerce son ministère depuis 1953, j'aimerais vous faire part des réflexions suivantes sur la nature de l'âme, ce principe divin, et sur son rapport avec la vie et l'existence.

On a d'abord défini l'être humain comme un corps ayant une âme, puis comme une âme ayant un corps. En termes plus contemporains, je dirais que la partie de soi qui est immortelle est telle un miniposte de commandement de «Dieu», l'Absolu non créé, la Flamme de vie, qui émet des pseudopodes sous forme d'âmes individuelles quand il s'incarne sur le plan physique.

L'âme se manifeste par l'esprit, lequel se sert du cerveau comme point d'ancrage physique.

En latin, âme se dit *anima*, et l'une des deux fonctions principales de l'âme est justement d'animer la conscience, l'esprit de son véhicule, à savoir l'homme ou la femme dans laquelle elle s'est incarnée et que nous considérons comme «soi».

L'autre rôle fondamental de l'âme est de régir les fonctions vitales, dont l'instinct de conservation, au moyen du système nerveux central autonome. Le terme *anima* dit donc bien ce qu'il veut dire, c'est-à-dire que l'âme anime l'esprit et le corps de chaque personne.

Toutefois, en tant qu'étincelle de la Flamme de vie, de l'Absolu non créé, du Soleil spirituel central, le «soi immortel» participe à la nature même de Dieu et, à ce titre, a reçu du Créateur le cadeau suprême du libre arbitre et, son corollaire, l'intention. Je définis cette dernière comme une forme dirigée, focalisée et disciplinée du libre arbitre.

[Texte]

Free will belongs to the immortal self which incarnates throughout a long series of lives to become progressively more divine. This it does by living each individual life as part of the evolutionary journey "back to the house of the Father", as it is commonly described. In each life, the immortal self is endowed with free will, and if an immortal self decides to shorten or end a given incarnation, we should not interfere with this exercise of the free will.

When Section 213 was removed from the Canadian Criminal Code in 1972, whereby attempted suicide is no longer considered a crime, the Canadian justice system recognized that it should not interfere with a citizen's free and conscious decision to take his or her own life.

Therefore, I come before you today for those immortal selves who, according to our current standards of tolerance, indeed have the right to exercise their free will but are incapable of executing that decision. On page 14 of issue number 8 of the proceedings of this committee, Jonathan Bloedow for Action Life quotes Dr. Leon R. Kass as follows:

It is said that the sanctity of Life is utterly independent of any individual will.

It seems to me that "sanctity of life" is a vastly over-rated term. Life is. We as individual souls cannot get off the roller coaster called "life". We can and do change lanes but we cannot get off, which means that, within karmic limits, we do have individual wills which we can exercise, a fact which Christ stresses in all His remarks. He cannot interfere with the free will of the individual soul, nor can anyone or anything else.

We are dealing at this hearing with one segment, with one aspect of a whole rainbow of transitions. We are not dealing with euthanasia. This is from my point of view. We are not dealing with death in general. We are dealing with a very select subgroup of transitions. That is the only reason for this presentation. There is nothing else.

Therefore, I now ask you to remove the barriers by permitting somebody compassionate and competent to assist the individual to fulfil the decision which he or she has made consciously, conscientiously, deliberately, freely and unpressured, to terminate this life. This you can do by adopting Bill C-215 to replace section 241(b) of the Canadian Criminal Code, or by removing the section altogether.

I originally wrote that, if we can have first-degree and second-degree murders, it seems to me we should have primary and secondary suicides. I changed my mind since writing this. I believe secondary suicide is too close to euthanasia to be permissible. However, in any case, the key is intent.

[Translation]

Le libre arbitre appartient au soi immortel qui s'incarne et vit une longue série de vies pour devenir progressivement plus divin, chacune de ces vies faisant partie du voyage évolutif de «retour vers le Père», selon l'expression courante. Le soi immortel est doté de libre arbitre dans chaque vie et, s'il décide d'abrégier ou de mettre fin à une incarnation donnée, nous ne devrions pas l'empêcher d'exercer sa volonté.

En supprimant en 1972 l'article 213 du Code criminel du Canada, dépénalisant ainsi la tentative de suicide, le système judiciaire canadien a opté officiellement pour la non-ingérence dans la décision que prend librement et consciemment une personne de s'enlever la vie.

Je viens donc aujourd'hui plaider la cause des personnes qui d'après nos normes actuelles de tolérance, ont le droit d'exercer leur libre arbitre pour décider de s'enlever la vie mais qui, pour une raison ou pour une autre, sont dans l'incapacité physique de mettre cette décision à exécution. À la page 14 du fascicule numéro 8 des délibérations du comité, M. Jonathan Bloedow, d'Action pour la vie, cite comme suit le docteur Léon R. Kass:

On a affirmé que le caractère sacré de la vie est totalement indépendant de toute volonté individuelle.

J'ai l'impression que le «caractère sacré de la vie» est une expression fort galvaudée. La vie est. Nous, êtres humains (en tant qu'âmes individualisées) ne pouvons pas échapper aux montagnes russes de la vie. Nous pouvons changer de voie, et nous le faisons, mais nous ne pouvons pas descendre du manège. Autrement dit, dans les limites imposées par le karma, nous sommes dotés d'une volonté individuelle que nous pouvons exercer, fait sur lequel le Christ insiste d'ailleurs dans Ses enseignements. Rien ni personne, pas même Lui, ne peut contrecarrer le libre arbitre de l'âme individuelle.

L'objet de notre propos ici est un aspect, une parcelle, d'une vaste gamme de transitions, pas l'euthanasie en particulier, ni la mort en général, mais un sous-groupe très précis de transitions. Cet exposé n'a pas d'autre raison d'être. Il n'y a rien de plus.

Je vous prierais par conséquent de bien vouloir supprimer les obstacles qui empêchent actuellement une personne compétente et compatissante d'aider celui ou celle qui a pris consciemment, consciencieusement, délibérément, librement et de son plein gré la décision de s'enlever la vie à exécuter sa décision. Pour ce faire, il suffirait d'adopter le projet de loi C-215 visant à modifier l'alinéa 241(1)b) du Code criminel du Canada ou de supprimer carrément cet alinéa.

J'ai déjà écrit que, si l'on fait une distinction entre les meurtres au premier et au deuxième degrés, j'estime qu'on devrait établir de la même façon une distinction entre les suicides au premier et au deuxième degrés. J'ai changé d'idée depuis que j'ai écrit cela. Je crois que le suicide au second degré est trop proche de l'euthanasie pour qu'on l'autorise. Toutefois, l'élément clé est dans les deux cas l'intention.

[Text]

As I said earlier, intent is directed, focused and disciplined free will. As such, the concept should be very much in the mind of the law makers, that is you; and the implementors, that is the judges, later on.

I have been asked whether there is a conflict between suicide prevention and assisted suicide. Basically one shrinks from such a link. However, there is one factor which protects one's conscience and that is integrity. Souls wish to maintain their integrity, their moral purity and, thus, generally speaking, such souls do not go around killing flies or spiders or eating meat. However, when it comes to ameliorating pain and reducing suffering, they do take a hand. Since life is, and cannot be taken away, shortening a given incarnation, especially at the insistence of the victim itself as in assisted suicide, whilst still creating negative impulses on the karmic tape, is not considered an unredeemable intervention and thus not an onslaught on integrity.

I have stated on a number of occasions that telephonic suicide prevention, as opposed to an institutional one where people are locked in and have no control over their lives, works only in those cases where the potential victim asks for help. Once the individual has decided to limit the length of a given incarnation, he or she will go ahead with it without inviting anybody to either dissuade or to assist.

Unless there is available today a seamless coast-to-coast-to-coast palliative care system, assisted suicide will have to remain an option. In the light of previous presentations to this committee, it is possible to provide a cost-efficient palliative care system but, until such time, which may be a long time in coming, assisted suicide must remain an alternative.

After long and agonizing — and I can assure you they were — meditations, I have finally come to a conclusion reluctantly arrived at and basically unacceptable, but I must stay with it.

Therefore let me sum up. Life is. It cannot be taken away by anyone. But since it can be shortened at the will of the individual, let that individual and his or her loved ones and medical practitioner be at peace in carrying out the soul's free-will decision when that individual cannot act alone. Amen.

Senator Perrault: You are an ordained church man in the Liberal Catholic Church?

Dr. Osborg: Yes.

Senator Perrault: That church was founded in 1879, was it not?

Dr. Osborg: Actually, it began in 1714.

Senator Perrault: The question is very short. Most of the Christian groups who have come before us have emphasized the sanctity of life. They talked about the brotherhood and sisterhood of man under the fatherhood of God.

Traditionally, the Liberal Catholic Church has placed great emphasis on the commandment, "Thou shalt not kill." You have

[Traduction]

Comme je l'ai précédemment mentionné, l'intention est une forme dirigée, focalisée et disciplinée de libre arbitre. Les personnes qui font les lois, c'est-à-dire vous, et celles qui sont chargées de les appliquer, c'est-à-dire les juges, devraient donc garder ce concept au premier rang de leurs préoccupations.

On m'a demandé s'il peut y avoir opposition entre la prévention du suicide et le suicide assisté. Il est fondamentalement répugnant d'établir un tel lien entre les deux. Toutefois, il est un principe qui protège la conscience, c'est l'intégrité. L'âme est soucieuse de préserver son intégrité et sa pureté morale; elle ne passe donc généralement pas son temps à tuer des mouches, à écraser des araignées ou à manger de la viande. Mais, quand il s'agit de soulager la douleur et d'alléger la souffrance, elle s'en mêle volontiers. Comme la vie est et qu'elle ne peut pas être enlevée, le fait d'abrégé une incarnation donnée par le suicide assisté, surtout si la «victime» elle-même le demande avec insistance et même si cela influe négativement sur le karma, ne constitue pas une intervention qui ne peut être rachetée, pas plus qu'une atteinte à l'intégrité.

J'ai soutenu à maintes reprises que la prévention du suicide par téléphone, par opposition à la prévention par incarcération dans un établissement où les personnes perdent la maîtrise de leur propre existence, n'est efficace que dans les cas où la victime éventuelle demande qu'on l'aide. La personne qui a résolu de limiter la durée d'une incarcération donnée agit sans demander d'aide et inviter qui que ce soit à l'en dissuader.

À défaut de services intégrés de soins palliatifs qui seraient offerts partout au pays, le suicide assisté doit rester une possibilité. À la lumière des exposés qui ont été présentés au comité jusqu'ici, il serait possible d'offrir des services de soins palliatifs qui soient rentables mais d'ici là, et cela risque d'être long, la possibilité de recourir au suicide assisté doit demeurer.

C'est la conclusion fondamentalement inacceptable à laquelle je suis arrivé, à contrecœur croyez-moi, au terme de longues et déchirantes méditations.

En résumé donc, la vie est. Nul ne peut l'enlever. Elle peut cependant être abrégée au gré de l'individu. Il convient donc, quand l'individu ne peut agir seul, de le laisser accomplir en bonne conscience, avec l'aide de ses proches et de ses médecins traitants, ce que l'âme a décidé avec libre arbitre. Amen.

Le sénateur Perrault: Vous êtes un prêtre ordonné de l'Église catholique libérale?

M. Osborg: Oui.

Le sénateur Perrault: Cette église a été fondée en 1879, n'est-ce pas?

M. Osborg: En fait, ses débuts remontent à 1714.

Le sénateur Perrault: Ma question est très brève. La plupart des groupements chrétiens qui sont venus témoigner devant nous ont insisté sur le caractère sacré de la vie. Ils nous ont parlé de fraternité et de sororité humaines sous la paternité de Dieu.

L'Église catholique libérale a toujours accordé beaucoup d'importance au commandement qui dit «Tu ne tueras point».

[Texte]

departed from the teachings of your church. Would you explain to us how you justify that?

Dr. Osborg: "Thou shalt not kill" means thou shalt not kill anything. I will not kill a fly. I will not kill anything.

Senator Perrault: Some faiths believe that, of course, do they not?

Dr. Osborg: I do.

Senator Perrault: It is a common belief in India?

Dr. Osborg: Yes.

Senator Perrault: You can say you do not wish to have any bees or flies killed, but you believe there should be killing in the case of assisted suicide?

Dr. Osborg: I am only talking about for myself.

Senator Perrault: That is fair enough. We are just listening to your reasoning.

Dr. Osborg: Yes. I have been a vegetarian since 1936. I served in two wars in a medical capacity.

Senator Perrault: I am just probing the rationale for your position. Why? Despite the fact you are absolutely opposed to killing anything at all, in the case of assisted suicide, you have advocated killing?

Dr. Osborg: Exactly. Because I believe that the free will of the individual is supreme. We cannot monkey around with that. If somebody who is perfectly normal, healthy, conscious and conscientious, says, "I wish to be disconnected from my life support system at a given stage", that resolution has to be respected.

I do not believe in euthanasia which is killing by committee. However, if someone says, when he is healthy, fit and well, and a time comes when life becomes undignified — I don't know what other term to use —

Senator Perrault: What would you do in the case of somebody who is in a deep depression, otherwise physically fit, good weight, lots of energy, but deeply depressed?

Dr. Osborg: The answer to that is simple. If he is free, so to speak, if he is not institutionalized, we still have to respect his will. If he is locked up in some psychiatric ward, he has no free will.

Senator Perrault: Would someone who is not in an institution, regardless of age, have the right to ask for assisted suicide?

Dr. Osborg: Yes. Basically the whole thing comes down to conscience.

The Chairman: Thank you. Our next witness will be Dr. Margaret Cottle.

[Translation]

Vous vous êtes éloigné des enseignements de votre église. Pourriez-vous nous expliquer de quelle façon vous le justifiez?

M. Osborg: «Tu ne tueras point» signifie que l'on ne doit rien tuer. Je ne tuerai pas une mouche. Je ne tuerai rien du tout.

Le sénateur Perrault: Certaines fois croient en ce principe, bien sûr, n'est-ce pas?

M. Osborg: C'est mon cas.

Le sénateur Perrault: Est-ce une conviction répandue en Inde?

M. Osborg: Oui.

Le sénateur Perrault: Vous dites que vous ne voulez pas que l'on tue des abeilles ou des mouches mais vous croyez qu'on peut le faire dans le cas du suicide assisté?

M. Osborg: Je ne m'exprime qu'en mon nom personnel.

Le sénateur Perrault: Il n'y a pas de problème. Nous écoutons simplement votre raisonnement.

M. Osborg: Oui. Je suis végétarien depuis 1936. J'ai servi durant deux guerres en qualité d'agent médical.

Le sénateur Perrault: Je veux simplement vous amener à exposer les raisons qui justifient votre position. Pourquoi, alors même que vous êtes absolument opposé à ce que l'on tue quoi que ce soit, pourquoi prônez-vous le fait de tuer dans le cas du suicide assisté?

M. Osborg: C'est bien ça. Je le fais parce que je crois que le libre arbitre de l'individu prime. Nous ne pouvons finasser avec ça. Si quelqu'un qui est parfaitement normal, en bonne santé, conscient et consciencieux déclare «Je souhaite qu'à un certain stade l'on débranche mon système d'assistance cardiorespiratoire», il faut respecter cette volonté.

Je ne crois pas en l'euthanasie qui n'est rien d'autre que le fait de tuer sur décision d'un comité. Toutefois, si quelqu'un déclare, alors qu'il est en bonne santé, que si vient un moment où la vie commence à manquer de dignité, je ne sais pas quelle autre expression employer. . .

Le sénateur Perrault: Que feriez-vous dans le cas de quelqu'un qui vit une profonde dépression, quelqu'un qui est par ailleurs physiquement en bonne santé, d'un poids normal, qui a beaucoup d'énergie mais qui est profondément déprimé?

M. Osborg: La réponse à cela est simple. S'il est libre, c'est-à-dire s'il n'a pas été placé dans un établissement psychiatrique, nous devons respecter sa volonté dans ce cas également. S'il est enfermé dans un asile psychiatrique, il n'a plus son libre arbitre.

Le sénateur Perrault: Quelqu'un qui n'est pas placé dans un établissement psychiatrique, quel que soit son âge, a-t-il le droit de réclamer un suicide assisté?

M. Osborg: Oui. Fondamentalement, tout cela est une question de conscience.

La présidente: Je vous remercie. Notre prochain témoin sera le docteur Margaret Cottle.

[Text]

Dr. Margaret Cottle, Focus on the Family: I am a physician and my special interest is in palliative care. You have probably heard from enough palliative care physicians to make you scream, I do not know.

I do not feel like an expert here tonight. I represent an organization called "Focus on the Family". I serve on their physicians resource council. The mission statement for Focus on the Family is to help the home and to help the family in all its manifestations, not just little nuclear families in general.

In that vein, I want to share a few family-related experiences as a palliative care physician. I see my role here in this way: So many people who are so much more knowledgeable and so much more experienced and who have all the facts and figures have already brought all the edge pieces of the jigsaw puzzle. All those pieces are in place for you. You have been doing much good work listening to many people. Perhaps what I have for you is that one little piece up there with some clouds and some of the sky to just put one more perspective on it.

My first concern is that, in our culture, we look so much at an individual alone. The decision for assisted suicide or euthanasia is not made in isolation by one individual. If for no other reason, when we grant the "right to die", it automatically gives a responsibility to someone in our society to provide that service. Obviously, then at least one other person is involved in the decision other than the person who has asked for it. This is not just an individual decision because somebody will have to help if we decide we want this right in our society.

Second, each of these individuals comes from a family. I want to share with you two examples of families I have treated in my own practice, one in Halifax and one in Vancouver, and from both sides of the spectrum.

Of the many stories which came to my mind over the last few days, so many were positive. In so many cases, there has been healing at the end of life. I could hardly choose between those stories. I could think of almost no one who, at the end of life in a palliative care terminal setting, had actually gone through with euthanasia or assisted suicide. From my personal knowledge, there was only one family.

In that case, the gentleman in question did not have assisted suicide per se. He actually just did it himself. He placed a bookmark in a book next to a poem about how one really needs control in one's own life. He went out into the woods beside his home and shot himself. His family knew he had terminal cancer which was taking away his independence. However, he did not have a lot of pain. For him, it was more of an internal suffering than physical pain; his feelings of fear over losing his independence. He was a very strong, independent mariner who did not want to come to the point where he could not care for himself.

[Traduction]

Le docteur Margaret Cottle, Focus on the Family: Je suis médecin et je m'intéresse plus particulièrement aux soins palliatifs. Vous avez déjà probablement entendu le témoignage de suffisamment de médecins spécialisés dans les soins palliatifs pour vouloir vous boucher les oreilles.

Je n'ai pas l'impression d'être ici ce soir en qualité d'experte. Je représente un organisme appelé *Focus on the Family*. Je siège au sein du conseil des ressources médicales de cet organisme dont le mandat est d'aider le foyer et la famille sous toutes ses formes, et non pas simplement les petites familles nucléaires en général.

Partant de là, je voudrais partager avec vous quelques-unes des expériences à caractère familial que vit un médecin spécialisé en soins palliatifs. Je considère que le rôle que je joue ici est le suivant: de nombreuses personnes qui ont beaucoup plus de connaissances et d'expérience que moi et qui disposent de tous les faits et chiffres pertinents ont déjà mis en évidence toutes les pièces du bord du puzzle. Toutes ces pièces sont en place devant vous. Vous avez fait un excellent travail en écoutant de nombreuses personnes. Ce que j'ai peut-être à vous offrir, ce n'est qu'une petite pièce où l'on trouve quelques nuages et un peu de ciel et qui ne sert qu'à donner un peu plus de perspective à tout cela.

Ma première préoccupation tient au fait que, dans notre culture, nous nous intéressons principalement au seul individu. La décision de pratiquer un suicide assisté ou l'euthanasie n'est pas prise par un individu coupé des autres. À tout le moins, lorsque nous accordons le «droit de mourir», cela confie automatiquement à un membre de notre société la responsabilité d'assurer ce service. Par conséquent, au moins une autre personne que celle qui a demandé à mourir est concernée par cette décision. Ce n'est plus simplement une décision individuelle parce que quelqu'un devra offrir de l'aide si nous décidons que nous voulons que ce droit soit accordé dans notre société.

Par ailleurs, chacune de ces personnes a une famille. Je voudrais vous exposer deux exemples de familles dont je me suis occupée, une de Halifax et l'autre de Vancouver, des familles qui se situent également sur des plans complètement opposés.

Une grande majorité des récits que je me suis remémorés ces derniers jours sont positifs. Dans un grand nombre de cas, il s'est produit un affaïssement au bout de l'existence. Il m'était très difficile de choisir entre ces récits. Je ne pouvais penser à pratiquement aucune personne qui, arrivée à la fin de sa vie dans des circonstances où elle bénéficiait de soins palliatifs, soit effectivement allée jusqu'à l'euthanasie ou jusqu'au suicide assisté. À ma connaissance, il n'y a eu qu'une seule famille.

Dans ce cas, le monsieur en question n'a pas à proprement parler bénéficié d'un suicide assisté. Il s'est en fait suicidé tout seul. Il a placé un signet dans un livre à côté d'un poème qui dit à quel point on a réellement besoin d'avoir la maîtrise de sa propre existence. Il est parti dans la forêt à côté de chez lui et s'est tiré une balle dans la tête. Sa famille savait qu'il était atteint d'un cancer incurable qui sapait peu à peu son indépendance. Toutefois, il ne souffrait pas beaucoup. En ce qui le concernait, il s'agissait davantage d'une souffrance intérieure que d'une douleur physique; il craignait de perdre son indépendance. C'était un homme

[Texte]

For his family, there was terrible despair. No matter how they looked at it, they felt they had failed in not providing for this man the kind of loving environment which would give him dignity and help him to want to keep on living day after day.

In the Montreal palliative care unit where I trained, a small number of patients have actually committed suicide with the help of their families. Yet I know of only one physician there who supports that idea in even a very limited circumstance.

That physician reported on a series of family case studies. At the time of the suicide, family members would feel very relieved and glad it was over and glad that the person had not suffered and that they had supported the individual in his or her decision. However, in 100 per cent of cases, families found extreme difficulty in dealing with the suicide as time went on. They began to feel as though they had failed their loved one. They would hear of other families where the dying person had wanted to be there for a grandchild or some other reason and so had managed to be fully alive, even though perhaps not physically complete, up until the last moment. The study families would then begin to wonder what was wrong with them as a family unit, what was wrong with their feelings that they were not able to provide that for their loved one.

In a palliative care setting, even for families who at one point supported euthanasia or assisted suicide, it becomes a very negative experience. On the other hand, so many positive things have happened for families who have just allowed themselves that extra time to be there.

I can think of no better example than my very first patient during my training in palliative care.

I happened to be on call the very first weekend after I was hired, of course. It was Father's Day. As I arrived at the unit to do my rounds that morning, I saw in our family room a table set with a linen tablecloth and a full champagne breakfast. Around the table sat a family. The father was there with his second wife, his sister who was visiting from England, and his two children who had not seen him for 10 years and had not spoken to one another for all that time. Also there was his beloved dog.

At first I thought the man was very sick because I could hear a strange noise, and I thought, "Oh, dear, what emergency do I have here?" It turned the noise was coming from the beloved golden retriever which was so excited to see its master that it could not stop whimpering. I went and spoke to the family. There was such healing going on in that room. There had been so much pain in that family up until that point and yet the illness of

[Translation]

très fort, un habitant des provinces maritimes très indépendant qui ne voulait pas en arriver au point où il ne pourrait plus prendre soin de lui-même.

Cela a plongé sa famille dans un terrible désespoir. Quelle que soit la façon dont elle examinait la chose, elle avait l'impression de ne pas avoir su offrir à cet homme le genre de réconfort affectif qui lui aurait préservé sa dignité et qui l'aurait aidé à conserver le désir de vivre jour après jour.

Dans le service de soins palliatifs de Montréal où j'ai été formée, un petit nombre de patients se sont effectivement suicidés avec l'aide de leur famille. Je ne connais pourtant qu'un seul médecin qui approuve cette idée, et encore, uniquement dans des circonstances très limitées.

Ce médecin a analysé une série d'études de cas familiaux. Au moment du suicide, les membres de la famille avaient éprouvé un grand soulagement et étaient heureux que tout soit terminé et que la personne n'ait pas souffert et aussi que la famille l'ait soutenue dans sa décision. Toutefois, dans la totalité des cas, les familles ont trouvé extrêmement difficile d'accepter ce suicide après qu'un certain temps se soit écoulé. Ces familles avaient en effet de plus en plus l'impression de ne pas avoir su aider l'être qui leur était cher. Elles entendaient parler d'autres familles où le mourant avait voulu être là pour la naissance d'un petit enfant ou pour quelqu'autre raison et s'était donc débrouillé pour rester pleinement en vie, quoique peut-être pas en pleine possession de ses moyens physiques, jusqu'au dernier moment. Les familles qui ont fait l'objet de cette étude commençaient alors à se demander ce qui n'allait pas chez elles en tant qu'unité familiale, ce qui faisait qu'elles avaient l'impression de n'avoir pas su offrir ce genre de choses à la personne qu'elles aimaient.

Dans un cadre où l'on offre des soins palliatifs, cela peut devenir une expérience très négative même pour des familles qui étaient à un moment donné en faveur de l'euthanasie ou du suicide assisté. D'un autre côté, les familles qui ont tout simplement trouvé le temps d'être présentes ont vécu énormément de choses positives.

Je ne vois pas de meilleur exemple que le tout premier patient auquel j'ai eu affaire durant ma formation aux soins palliatifs.

J'étais bien sûr de garde la toute première fin de semaine après avoir été engagée. C'était la fête des Pères. Lorsque je suis arrivé au service ce matin-là pour faire mes visites, j'ai vu dans notre salle commune une table mise avec une nappe qui portait un petit déjeuner complet au champagne. Une famille était assise autour de la table. Le père était là avec sa deuxième femme, sa soeur qui était venue d'Angleterre et ses deux enfants qui ne l'avaient pas vu depuis dix ans et qui ne s'étaient pas parlé durant tout ce temps. Il y avait aussi le chien qu'il adorait.

Au début, j'ai cru que cet homme était très malade parce que j'entendais un bruit étrange, ce qui m'a fait penser: «À quelle sorte d'urgence ai-je donc affaire ici?» en fait, le bruit provenait du golden retriever qui était si excité de voir son maître qu'il ne pouvait arrêter de pousser des petits cris plaintifs. Je suis allée parler à cette famille. C'était incroyable de voir à quel point les plaies se cicatrisaient dans cette pièce. Les membres de cette

[Text]

this man was bringing them together. They had time to adjust and to heal as a family.

Our studies on grieving and our personal experiences have shown that families with loving relationships have a much easier time with grieving than those in which there are ambivalent relationships or love/hate relationships with the family member who is dying.

It was wonderful to see the healing in that family. The father had a severe illness, terminal lung cancer. He was having difficulty breathing. He was confined to a wheelchair. But I have in my mind an image of that man sitting there with his whole family, supporting him, supporting one another. It is an image which I hold as an ideal, rather than the image of the first gentleman out in the woods all by himself with his shotgun.

Another image which comes to my mind is that of someone standing on a bridge, ready to jump. He is a person with no hope. I do feel that most people who make these requests are not depressed. Although some of them may be clinically depressed, the real source of their problem is hopelessness. That is a totally different thing from being depressed.

Sometimes in this world there are good reasons to be hopeless. What we need in those times is other people around us to show us that it does not have to be so hopeless.

We have that vision for our culture, for our society, of someone standing out on a bridge. We do not say to him, "Excuse me, you should move down a little farther if you want to be sure you get this job done right. You cannot jump here. You have to jump out in the middle." Perhaps you would say, "If you are not sure you can do it and if you want to get it over with, I will give you a push. Would you like us to sedate you so that you can just fall off the bridge?"

We do not respond that way in our culture. We reach out to these individuals. We acknowledge their feelings of hopelessness, of desperation, but we tell them we want to help, to surround them, to keep them a part of our community.

As a society, we may just choose not to invest any more money in palliative care services. You have likely heard until you are tired of hearing that not enough people have access to palliative care and that we can control 95 per cent of all pain. I could give you all those statistics again and you would probably all fall asleep. I am sure you are sold on palliative care. If you are not, please come and visit one of our units and we will convince you.

[Traduction]

famille avaient vécu jusqu'à ce point énormément de déchirements et pourtant la maladie de cet homme les réunissait. Ils avaient eu le temps de s'adapter à la situation et de panser les plaies familiales.

Les études que nous avons effectuées sur le chagrin ainsi que nos expériences personnelles nous ont montré que les familles où l'on trouve de forts liens affectifs font beaucoup plus facilement face à la détresse que celles où règnent des sentiments ambivalents ou un mélange d'amour et de haine à l'égard du membre de la famille qui se meurt.

Il était merveilleux de voir le processus de cicatrisation que vivait cette famille. Le père était très gravement malade, il était atteint d'un cancer du poumon incurable. Il avait de la difficulté à respirer et il était confiné dans une chaise roulante. Mais je garde en tête l'image de cet homme assis là avec l'ensemble de sa famille qui lui donnait son soutien, une famille dont tous les membres se soutenaient les uns les autres. C'est une image que je conserve comme un idéal et que je préfère à celle du premier monsieur dont j'ai parlé et qui est allé tout seul dans les bois se suicider avec son fusil de chasse.

Une autre image qui me vient à l'esprit est celle de quelqu'un qui est debout sur un pont prêt à sauter. Il s'agit d'une personne qui n'a plus d'espoir. Je crois effectivement que la plupart des gens qui présentent le genre de demande dont nous parlons ne sont pas déprimés. Même si certaines d'entre elles le sont peut-être d'un point de vue clinique, la véritable source de leurs problèmes est le fait qu'elles ont perdu espoir. Cela n'a absolument rien à voir avec la dépression.

Il arrive parfois dans ce monde que l'on ait de bonnes raisons d'avoir perdu l'espoir. À ces moments-là, ce dont nous avons besoin, c'est d'être entouré de gens qui nous montrent que les choses ne sont pas nécessairement si désespérées.

Dans notre culture, dans notre société, nous avons cette vision de la personne qui s'apprête à sauter d'un pont. Nous ne lui disons pas: «Excusez-moi, vous devriez aller un peu plus loin si vous voulez être certain de ne pas vous rater. Vous ne pouvez pas sauter d'ici. Vous devez sauter du milieu.» Peut-être diriez-vous: «Si vous n'êtes pas sûr d'y arriver et que vous désirez en finir, je vais vous pousser. Aimerez-vous que nous vous donnions un sédatif pour que vous puissiez simplement tomber du pont?»

Nous ne réagissons pas de cette façon dans notre culture. Nous allons vers ces personnes. Nous reconnaissons qu'elles peuvent se sentir désespérées mais nous leur disons que nous voulons les aider, les entourer, les conserver au sein de notre collectivité.

En tant que société, il se pourrait bien que nous choisissions de ne plus investir d'argent dans les services de soins palliatifs. Vous avez probablement entendu dire jusqu'à en être fatigué que les soins palliatifs ne sont pas offerts à suffisamment de gens et que nous pouvons maîtriser 95 p. 100 de la douleur. Je pourrais vous redonner encore une fois ces statistiques et vous tomberiez probablement tous endormis. Je suis certaine que vous êtes maintenant convaincus de l'intérêt des soins palliatifs. Si vous ne l'êtes pas, venez rendre visite à l'un de nos services et nous vous convaincrions.

[Texte]

We must also look at the other side of the issue. What are we saying about ourselves as a society if we are unwilling to make that investment and try it first? Once the investment is made, palliative care is inexpensive. It is not high tech. Those of us involved in palliative care are usually willing to work for less than some in other fields. If we do not give it a try, we might as well say, "Just go jump off the bridge." Quite apart from the patients and their families, for us as a society, our larger "family", it would be a very damaging decision to not invest in palliative care.

As Canadians, we see ourselves as a people who care for one another. We are proud of our social safety net. We are proud of our medicare system where, if you have a serious illness, you do not have to worry about losing your home to pay medical bills. Those are things to be proud of.

However, if we follow the route toward euthanasia and assisted suicide, we will let ourselves down in the long run. On an intellectual level, we may be able to say, "That person is out of his misery, he made his own choices", but, in our hearts, somewhere down the line, we will feel like those families I mentioned. We will feel that we somehow failed those members of our society at a moment when they truly needed us. At a moment when one was not able to summon up that hope for himself, we let him down.

At Focus on the Family, we feel a need to be more of a community. If we as Canadians can provide that sense of community for each other, we will have done something to be proud of.

We must educate the Canadian public. We already have the right to turn off any life support that is not wanted. We have the right to refuse any treatment or to have any treatment stopped. We have the right to refuse to prolong our dying when our living is coming to an end. We have all those things. Do we need to take that extra step of actually going forward and killing another person or assisting them to die? I really feel it would not be in the best interests of that person and it would certainly not be in our best interests as a nation. It will say something very damaging about the heart of Canada; about who we really are.

Thank you for listening so late at night.

Senator Desmarais: What does it take for a physician to become qualified in palliative care?

[Translation]

Nous devons également examiner l'autre côté de la médaille. Que disons-nous au sujet de nous-même, en tant que société, si nous ne sommes pas disposés à effectuer cet investissement et à l'essayer en premier lieu? Une fois que l'investissement est fait, les soins palliatifs sont peu coûteux. Ils ne sont pas basés sur des techniques de pointe. Ceux d'entre nous qui travaillent dans ce domaine sont habituellement disposés à accepter d'être moins bien rémunérés qu'ils ne le seraient ailleurs. Si nous n'essayons pas, nous pourrions aussi bien dire: «Allez donc sauter du pont». Sans parler des patients et de leur famille, il serait très préjudiciable à notre société, à notre «famille» au sens large, que nous décidions de ne pas investir dans les soins palliatifs.

En tant que Canadiens, nous nous considérons comme des gens qui savent prendre soin des autres. Nous sommes fiers de notre système de sécurité sociale. Nous sommes fiers de notre système de soins médicaux dans le cadre duquel toute personne qui est gravement malade n'a pas à se soucier d'avoir à vendre sa maison pour payer ses frais médicaux. Il s'agit là de choses dont nous pouvons être fiers.

Toutefois, si nous empruntons la voie de l'euthanasie et du suicide assisté, à long terme, nous ne nous rendrons pas service. Sur un plan intellectuel, nous pourrions peut-être dire: «Cette personne ne souffre plus, elle a elle-même choisi son sort» mais, dans notre coeur, quelque part au bout du compte, nous nous sentirons comme les familles dont j'ai parlé. Nous aurons l'impression d'avoir d'une certaine façon laissé tomber des membres de notre société à un moment où ils avaient véritablement besoin de nous. À un moment où une personne ne parvenait pas à trouver l'espoir en elle-même, nous l'avons laissée tomber.

Au sein de *Focus on the Family*, nous éprouvons le besoin de resserrer les liens communautaires. Si, en tant que Canadiens, nous pouvons donner à chacun l'impression d'appartenir à une collectivité, nous aurons fait quelque chose dont nous pourrions être fiers.

Nous devons éduquer la population canadienne. Nous avons déjà le droit de débrancher un système d'assistance cardiorespiratoire dans des cas où ce genre d'aide n'est plus souhaité. Nous avons le droit de refuser ou de faire arrêter un traitement. Nous avons le droit de refuser de prolonger notre agonie lorsque notre existence arrive à terme. Nous avons toutes ces choses. Avons-nous besoin de franchir cette étape supplémentaire qui consiste à prendre effectivement les choses en main et à tuer une autre personne ou à l'aider à mourir? J'ai véritablement l'impression que cela ne serait pas au mieux des intérêts de cette personne et que cela ne serait certainement pas au mieux de nos intérêts en tant que nation. Cela enverrait un message très préjudiciable au sujet de la compassion des Canadiens, au sujet de qui nous sommes en réalité.

Je vous remercie de m'avoir écouté jusqu'à une heure si tardive.

Le sénateur Desmarais: Que faut-il pour qu'un médecin soit considéré comme compétent en matière de soins palliatifs?

[Text]

Dr. Cottle: That is a good question. Actually, it is one which is on the books and before the boards right now in an attempt to define the actual qualifications. At the moment, palliative care is being developed as a sub-specialty. To tell you the truth, the major, underlying principles are not terribly difficult. Up until this point, we have had month-long training programs.

I did a month-long training program at the Royal Victoria Hospital under Balfour Mount. Margaret Scott, who spoke before your committee, worked in Halifax under Dr. Kenneth MacKinnon for several years.

It depends on the individual physician right now. Many people come to it from a family practice background. Others come from other areas. Mainly, you need to become very familiar with dealing with pain and with symptom management. There is a fairly circumscribed group of symptoms, and for pain, there are only so many medications we can use.

It is a continual learning process. I just completed five days in Montreal at an international congress on palliative care. More research is being done into pain and symptom control. It is an exciting field.

In Canada there are two places where you can do a one-year fellowship in palliative care after qualifying as a family physician or in another specialty, one of which is the Elisabeth Bruyère Health Centre in Ottawa. Other places of study are being developed.

I used to be consulted by some other services. One Sunday morning a surgical resident called on me to help her to change a patient's pain medication from subcutaneous morphine to oral morphine so the patient could go home. I explained it to her, it was really quite simple. She turned to me and said, as only a surgeon can, "You get paid to do this?".

The Chairman: We have a surgeon in the house here.

Dr. Cottle: I have to tell you, in that hospital, the surgeons were much more supportive of us than were the medics, perhaps because they understood the limits of what they could do for the patient.

Senator Beaudoin: Would you explain why you say palliative care is not expensive? I am happy to hear that but, at the same time, I am surprised because I have never heard that before.

Dr. Cottle: It is not expensive in that it does not require a lot of what we like to call in medicine, "high-tech toys".

I do not know whose toes I may be treading on when I say that.

Senator Beaudoin: Just tell the truth.

[Traduction]

Le docteur Cottle: C'est une excellente question. En fait, elle est à l'ordre du jour et elle est actuellement examinée par des commissions qui s'efforcent de définir quelles sont les compétences qui sont effectivement requises. Pour l'instant, l'évolution des soins palliatifs a lieu dans le cadre d'une sous-spécialité. Pour vous dire la vérité, les principes fondamentaux sous-jacents ne sont pas terriblement difficiles. Jusqu'à ce point, les programmes de formation étaient d'une durée d'un mois.

J'ai suivi un programme de formation d'un mois au Royal Victoria Hospital sous la direction de Balfour Mount. Margaret Scott, qui est venue témoigner devant votre comité, a travaillé à Halifax durant plusieurs années sous la direction du docteur Kenneth MacKinnon.

Actuellement, tout dépend du médecin. Bien des gens viennent à cette spécialité à partir de la médecine familiale. D'autres sont issus d'autres domaines. Pour l'essentiel, il est nécessaire de bien connaître la façon de traiter la douleur et de gérer les symptômes. Le groupe de symptômes auquel on a affaire est relativement restreint et on ne peut utiliser qu'un nombre limité de médicaments pour apaiser la douleur.

C'est un processus d'apprentissage continu. Je viens de passer cinq jours à Montréal où j'ai assisté à un congrès international sur les soins palliatifs. La recherche se poursuit sur la maîtrise de la douleur et des symptômes. Il s'agit d'un domaine passionnant.

Au Canada, il existe deux endroits où l'on peut suivre un cours d'un an en soins palliatifs après avoir obtenu un diplôme en médecine familiale ou dans une autre spécialité et l'un de ceux-ci est le Centre de santé Elisabeth Bruyère à Ottawa. On crée actuellement d'autres endroits où cette spécialité sera enseignée.

D'autres services avaient l'habitude de me consulter. Un dimanche matin, un chirurgien résident m'a demandé de l'aider à modifier l'analgésique administré à un patient en passant d'injections sous-cutanées de morphine à de la morphine administrée par voie orale afin que le patient puisse retourner chez lui. Je lui ai expliqué comment faire, ce qui était en fait assez simple. Elle s'est retournée vers moi et m'a dit, comme seul un chirurgien peut le faire: «On vous paie pour faire ça?».

La présidente: Nous avons un chirurgien ici à la Chambre.

Le docteur Cottle: Je dois vous dire, dans cet hôpital, les chirurgiens soutenaient bien davantage notre action que les médecins, peut-être parce qu'ils comprenaient les limites de ce qu'ils pouvaient faire pour le patient.

Le sénateur Beaudoin: Pourriez-vous expliquer pourquoi vous affirmez que les soins palliatifs ne sont pas coûteux? Je suis heureux de l'apprendre mais je suis également surpris parce que je ne l'ai jamais entendu dire auparavant.

Le docteur Cottle: Ce domaine n'est pas coûteux parce qu'il ne nécessite guère de ce que nous appelons en médecine les «jouets de haute technologie».

Je ne sais pas si je ne vais pas heurter certaines sensibilités en disant cela.

Le sénateur Beaudoin: Dites simplement la vérité.

[Texte]

Dr. Cottle: Good palliative care can be given with very little high-tech equipment. In fact, at the recent congress in Montreal we saw two films, one made in Nairobi, Kenya, and one made in Kigali, Rwanda. The subject was the excellent home care, palliative care, and pain control which is being brought there by visiting nurses who must work in horrible conditions.

To tell you the truth, I cried as I watched what could be done with so little in the Third World. Then again, I cry at long-distance telephone commercials, too, so that is not a good indicator. The point is there is so much that can be done with just a little money.

Senator Beaudoin: It is an evolution.

Dr. Cottle: It is, in a lot of ways. So much of good palliative care is home care. That is the exciting part. You can care for a patient in his home for a fraction of the cost of a community hospital bed.

In Halifax, we had a six-bed unit but we also had 100 patients at home. Acting as consultants, we also cared for the patients in all the major hospitals. There were about 120 patients being cared for by two full-time physician equivalents, two full-time homecare nurses, and a staffed unit with six beds. That is cost effective.

The patients are at home with their families, their grandchildren crawling all over them.

A 65-year-old woman came to me about two hours before her husband died and asked, "How will I know when he is dead? I have never seen anybody die before." She must have been terrified.

Death is a part of life, yet, we have taken it totally out of the home setting, out of the place where it naturally should happen. We have made death so mysterious and so technological that people fear it more than they need to.

Senator Beaudoin: You should be minister of health.

Dr. Cottle: I would not want that job. In fact, I know it must be difficult to be on this committee and to hear these things. Sue Rodriguez was a perfect example of someone who said she knew all the arguments and that she wanted to die at her chosen point. For us as a culture, it is too dangerous to grant everyone that right.

I would refer again to the recent Montreal congress, where a Scandinavian physician spoke of a patient to whom he administered an overdose. The patient had been in intensive care in a very bad situation and he died as a result of the overdose. The doctor decided this issue should be discussed in their country, so he went on the national media and admitted to doing this. He lost his licence to practise for 14 months. The investigation itself was immense. It was very difficult for him personally. He spoke out

[Translation]

Le docteur Cottle: Il est possible de dispenser de bons soins palliatifs avec très peu de matériel de haute technologie. En fait, lors du congrès qui a eu lieu récemment à Montréal, nous avons visionné deux films, l'un fait à Nairobi, au Kenya, et l'autre à Kigali, au Rwanda. Ces films décrivaient l'excellence des soins dispensés à domicile, des soins palliatifs et des mesures d'atténuation de la douleur dont sont chargées là-bas des infirmières visiteuses qui sont contraintes de travailler dans des conditions horribles.

Pour vous dire la vérité, j'ai pleuré en voyant ce que l'on parvenait à faire dans le tiers monde avec si peu de ressources. Mais, remarquez, je pleure aussi en regardant les publicités pour les services téléphoniques interurbains, alors ce n'est pas un bon indice. Le point que je veux souligner, c'est que l'on peut faire énormément avec un tout petit peu d'argent.

Le sénateur Beaudoin: C'est une évolution.

Le docteur Cottle: Effectivement, et de bien des manières. Les soins à domicile constituent une grande partie des bons soins palliatifs. C'est là la partie passionnante. Il est possible de soigner un patient chez lui pour une fraction de ce que coûte un lit d'hôpital.

À Halifax, nous avions six lits dans notre service mais nous nous occupions aussi de 100 patients à domicile. À titre de consultants, nous prenions également soin des patients de tous les principaux hôpitaux. Pour l'équivalent de deux médecins à temps plein, de deux infirmières visiteuses à temps plein et d'un service hospitalier de six lits, nous nous occupions d'environ 120 patients. C'est ce qui s'appelle utiliser efficacement l'argent.

Les patients restent chez eux, au milieu de leur famille et entourés de leurs petits-enfants.

Une dame de 65 ans est venue me voir deux heures avant que son mari meure pour me demander: «Comment saurai-je quand il est mort? Je n'ai encore jamais vu quelqu'un mourir.» Elle devait être terrifiée.

Même si la mort fait partie de la vie, nous l'avons complètement sortie du cadre familial, de l'endroit où elle devrait naturellement survenir. Nous avons rendu la mort si mystérieuse et si technique que les gens la craignent plus qu'ils le devraient.

Le sénateur Beaudoin: Vous devriez être ministre de la Santé.

Le docteur Cottle: Je ne voudrais pas de cette fonction. En fait, je sais qu'il doit être difficile de siéger au sein de ce comité et d'entendre toutes ces choses. Sue Rodriguez était un parfait exemple de quelqu'un qui disait connaître tous les arguments et vouloir mourir au moment de son choix. Mais pour nous, culturellement parlant, il est trop dangereux d'accorder ce droit à chacun.

Je voudrais revenir à mon évocation du congrès qui a eu lieu récemment à Montréal et où un médecin scandinave a parlé d'un patient auquel il a administré une dose excessive. Ce patient, qui était en très mauvaise condition, se trouvait dans le service des soins intensifs et il est mort à la suite de cette surdose. Le médecin a décidé que cette question devait faire l'objet d'un débat dans son pays et il s'est donc adressé aux médias nationaux en admettant avoir fait cela. On lui a retiré le droit d'exercer durant 14 mois.

[Text]

strongly against physician-assisted suicide. He said it could be as simple as giving the patient something and going out of the room; just turning one's back. He said he would do it again for that one patient and that perhaps in his lifetime he would see one or two others who would need it. However, he spoke very strongly against legalization because we cannot trust ourselves as physicians to always make the right choices. There must be very real, very strong safeguards. On a case-by-case basis, if a physician feels very strongly and is willing to go against the law, then the law must make its determinations on a case-by-case basis. He felt that to try to put anything into case law was far too dangerous.

I spoke to Kathleen Foley who is an expert in pain therapy. She said, "What it comes down to is that I just do not trust myself to make a proper judgment every single time."

The Chairman: As you can appreciate, we have heard much about education in palliative care; and we have also heard that not enough education is being provided in this area. Apart from educating people in that respect and encouraging them to become more involved, do you believe that palliative care should be a specialty? I understand some family practitioners would resist that.

Dr. Cottle: Yes, they are scared.

The Chairman: However, some others feel it should be made a specialty.

Dr. Cottle: I can understand both sides of this debate. It would have certain positive effects if it were treated as a specialty. The drive for research would be there; and that is very important, particularly for those 5 per cent whose pain we have difficulty controlling. They deserve it. They deserve to have us doing that research and doing it in a centre where there is good research with well controlled, multi-centred, controlled trials.

In our Halifax model, the patients on our unit were part of the top 15 per cent who are very difficult to manage. It is important that physicians work with them all the time so that they glean long-term experience. A surgeon will tell you that unless a surgeon has reached the stage of being slightly bored performing a certain surgical procedure, he has probably not reached his optimum competency in that procedure. A surgeon has to repeat the same procedure over and over in order to be able to make sound judgments. He has to experience enough cases because each case has a different twist.

Many family practitioners are concerned that they end up giving the majority of palliative care because they all have

[Traduction]

L'enquête même a revêtu énormément d'ampleur. Tout cela a été très difficile pour lui sur le plan personnel. Il s'est clairement prononcé contre le suicide assisté par un médecin. Il a dit que ce pouvait être aussi simple que le fait de donner quelque chose au patient et de sortir de la pièce en se contentant de tourner le dos. Il a dit qu'il le referait pour ce patient en particulier et que peut-être, durant toute sa vie, il en trouverait un ou deux autres pour qui cela serait nécessaire. Il a toutefois pris résolument position contre la légalisation en considérant que, en tant que médecin, nous ne pouvons pas être assuré de toujours faire le juste choix. Il doit exister des mesures de protection très réelles et très solides. Si un médecin acquiert une très forte conviction dans un cas particulier et qu'il est de ce fait disposé à aller à l'encontre de la loi, les tribunaux doivent rendre leur jugement en fonction de ce cas particulier. Ce médecin estimait qu'il était beaucoup trop dangereux de faire jurisprudence avec quoi que ce soit.

J'ai parlé avec Kathleen Foley, qui est une spécialiste des analgésiques. Elle m'a dit: «Au bout du compte, le problème est que je ne suis pas convaincue que mon jugement sera toujours le bon.»

La présidente: Comme vous vous en rendez compte, nous avons entendu bien des choses au sujet de l'enseignement des soins palliatifs et on nous a également soutenu que l'enseignement qui est dispensé dans ce domaine n'est pas suffisant. En plus de sensibiliser les gens à cet égard et de les encourager à jouer eux-mêmes un plus grand rôle, croyez-vous que les soins palliatifs devraient devenir une spécialité? Il me semble que certains médecins de famille ne seraient pas d'accord avec cela.

Le docteur Cottle: Oui, cela leur fait peur.

La présidente: D'autres personnes considèrent pourtant que cela devrait devenir une spécialité.

Le docteur Cottle: Je peux comprendre les deux points de vue exposés dans ce débat. Le fait de traiter les soins palliatifs comme une spécialité aurait certains effets positifs. Cela stimulerait la recherche, ce qui est très important, surtout en ce qui concerne les 5 p. 100 de patients pour lesquels nous avons de la difficulté à apaiser la douleur. Ils le méritent. Ils méritent que nous fassions ce genre de recherche et que cette recherche soit effectuée dans un centre où elle peut être de qualité et faire l'objet d'essais multicentriques et comparatifs.

Dans le modèle de Halifax, les patients de notre service faisaient partie de cette tranche supérieure de 15 p. 100 dont il est très difficile de gérer la condition. Il est important que les médecins suivent constamment ce genre de personnes afin d'acquérir une expérience à long terme. Tout chirurgien vous dira que tant qu'il n'a pas atteint le stade où une intervention chirurgicale donnée l'ennuie légèrement, il n'est probablement pas parvenu à son niveau de compétence optimal en ce qui concerne cette intervention. Un chirurgien doit répéter la même intervention à de multiples reprises avant de pouvoir bien juger les choses. Il doit avoir eu à s'occuper de suffisamment de cas parce que chacun d'eux présente des caractéristiques différentes.

De nombreux médecins de famille craignent de devoir en définitive se charger de la majeure partie des soins palliatifs parce

[Texte]

patients who are dying. They do this now, and they should not be shut out; rather, they should be included.

The physicians who are involved in palliative care at the present time in Canada are in a very inclusive group. They realize they will be run off their feet if they do not teach the general practitioners about it.

The Chairman: We heard evidence from a doctor today to the contrary. He was excluded when a long-standing patient of his went into palliative care.

Dr. Cottle: That should not happen. In Vancouver, all the units are what we call "GP units". The family doctor actually admits the patient and he is the primary caregiver. The palliative care physician works alongside the family doctor and he views it as a teaching experience, a helping relationship, not a demanding one. That should be our model.

The Chairman: We will put you in charge.

Dr. Cottle: Those who should really be in charge of education in this area are family members who have had a positive experience with their loved ones in palliative care. They are our best advertisers because they know the vast difference it can make to have that kind of support during care and afterwards. We need a grassroots sort of education where people know that a certain approach works for everyone and they make it a priority. We have discovered that this cannot come from the top down.

Thank you for your time.

The Chairman: We would now welcome Dr. Dunn.

Dr. Walter Dunn: Thank you. I am a retired medical practitioner who has seen a number of patients die. Last year, I watched my wife pass away after a year-long struggle with cancer. These personal experiences have strongly reinforced my belief that the choice of euthanasia must be available to those who desire it.

I have written a paper on this viewpoint which will appear in the *British Columbia Medical Journal* next month. I would submit it to you now.

I want to make it quite clear that I am talking only of terminally and incurably ill patients. These days palliative care is almost a "motherhood" issue. Like everyone else, I strongly support it and my wife received it in an excellent manner. However, it can do little apart from pain relief. There is so much more that a terminally ill patient goes through: the mental suffering; the emaciation; the progressive loss of strength; and, finally, the utter indignity of incontinence, all of which my wife experienced.

[Translation]

qu'ils ont tous des patients qui se meurent. C'est ce qu'ils font maintenant et ils ne devraient pas se retrouver exclus; il faut plutôt les inclure.

Les médecins qui travaillent actuellement au Canada dans le domaine des soins palliatifs constituent un groupe très ouvert. Ils se rendent compte qu'ils seront très critiqués s'ils ne communiquent pas leur savoir aux médecins généralistes.

La présidente: Nous avons aujourd'hui entendu un médecin nous affirmer le contraire. Il s'est trouvé exclu lorsqu'un patient qu'il suivait depuis longtemps est entré dans un service de soins palliatifs.

Le docteur Cottle: Cela ne devrait pas arriver. À Vancouver, tous les services font partie de ce que nous appelons les services de médecine générale. En fait, c'est le médecin de famille qui fait admettre le patient et qui porte la principale responsabilité des soins dispensés. Le spécialiste des soins palliatifs collabore avec le médecin de famille et il considère qu'il s'agit là d'une expérience d'enseignement, d'une relation d'entraide qui ne lui pose pas de difficulté. C'est cela qui devrait être notre modèle.

La présidente: Nous vous confierons la responsabilité de tout ça.

Le docteur Cottle: Ceux qui devraient véritablement avoir la responsabilité de l'éducation dans ce domaine sont les membres des familles qui ont vécu une expérience positive lorsqu'un être qui leur est cher se trouvait en soins palliatifs. Ils sont notre meilleure forme de publicité parce qu'ils connaissent l'énorme différence que peut produire le fait de bénéficier de ce genre de soutien durant les soins et après. Nous avons besoin d'une forme d'éducation par la base dans le cadre de laquelle les gens savent qu'une certaine façon de procéder fonctionne pour tout le monde, ce qui les amène à en faire une priorité. Nous avons découvert que cela ne peut être réalisé lorsque les choses partent du haut de la pyramide.

Je vous remercie de m'avoir accordé votre temps.

La présidente: Nous accueillons maintenant le docteur Dunn.

Le docteur Walter Dunn: Merci. Je suis un médecin à la retraite qui a assisté à la mort d'un certain nombre de patients. L'an dernier, j'ai vu mon épouse mourir après une lutte d'un an contre le cancer. Ces expériences personnelles ont considérablement renforcé ma conviction que la possibilité de recourir à l'euthanasie doit être offerte à tous ceux qui désirent emprunter cette voie.

J'ai exposé ce point de vue dans un article qui paraîtra le mois prochain dans le *British Columbia Medical Journal*. Je voudrais maintenant vous le présenter.

J'aimerais indiquer bien clairement que je ne parle que des patients atteints d'une maladie incurable qui sont en phase terminale. De nos jours, les soins palliatifs sont pratiquement devenus une valeur incontestable. Comme tout un chacun, je suis résolument en leur faveur et ceux qui ont été dispensés à mon épouse étaient excellents. Toutefois, ces soins ne peuvent guère apporter autre chose qu'un soulagement de la douleur. Or, un patient en phase terminale vit bien davantage que cela: il passe par des stades de souffrances mentales, d'émaciation, de perte

[Text]

During my wife's last few weeks when surgery, radiation and chemotherapy, with all their unpleasant side-effects, had failed, she would often ask me why she had to suffer so when there was no light at the end of the tunnel. I could only tell her that there was no way of helping her until current legislation is changed. I often ask myself: If she had been at home instead of in a palliative ward would I have had the fortitude to give her the barbiturate tablets in the cupboard?

Honourable senators, you have heard a great deal of the ethical, philosophical and legal considerations in this matter. However, I appeal to you to look at the practical and clinical course of events in such a situation. Place yourselves in it and wonder how you would feel should you ever find yourself in this dilemma.

Of course there would have to be safeguards, but I cannot see why these could not be written into appropriate legislation. These should include the repeatedly expressed desire for euthanasia on the part of the patient, the written consent of relatives, the consultation with at least one other doctor, and the report of a coroner.

A doctor's assistance with suicide must be voluntary and there must be no fear of prosecution in the appropriate case. To me, euthanasia is a last act of love and mercy. After all, we do not hesitate to put down an animal when it is suffering and the end is near. Should we not extend the same merciful service to our own species? Thank you.

Senator Lavoie-Roux: Thank you. We have heard this kind of statement with its many aspects; and we have heard the other side. It will not be easy for the committee to weigh the two sides of the argument.

Senator Keon: Madam Chair, I am glad Dr. Cottle was here to hear this evidence because it is very important that the people in palliative care try to address this situation. As good as your programs are, you are not reaching a significant segment of the population.

Senator Corbin: You referred, with all respect, to palliative care as a sort of "motherhood" issue which everybody is talking about and probably addressing as the ultimate solution. Why is it that palliative care did not respond to your wife's needs?

Dr. Dunn: I believe that palliative care in her case provided everything that could be expected of it. She received very sympathetic nursing care and adequate — although I would not say totally adequate — pain relief. Her pain was not entirely relieved but it was certainly considerably improved.

[Traduction]

progressive de ses forces puis, enfin, par l'ignoble indignité de l'incontinence, autant de stades que mon épouse a vécus.

Durant les dernières semaines de l'existence de mon épouse, alors que la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, avec leur cortège d'effets secondaires désagréables, avaient échoué, elle me demandait souvent pourquoi elle devait tant souffrir alors qu'il n'y avait aucune lumière au bout du tunnel. Je ne pouvais que lui dire qu'il n'existait aucun moyen de l'aider tant que la loi actuelle n'était pas modifiée. Je me posais souvent la question suivante: si elle avait été à la maison au lieu d'être placée dans un service de soins palliatifs, aurais-je eu le courage de lui donner les barbituriques qui se trouvaient dans l'armoire à pharmacie?

Honorables sénateurs, vous avez entendu de multiples arguments au sujet des considérations éthiques, philosophiques et juridiques qui entourent cette question. Je vous demande quant à moi d'examiner les aspects pratiques et cliniques des événements qui marquent une telle situation. Imaginez-vous dans celle-ci et demandez-vous ce que vous ressentiriez si vous vous trouviez confronté à une tel dilemme.

Il faudrait bien sûr prendre des mesures pour éviter les abus mais je ne vois pas pourquoi elles ne pourraient pas être incorporées dans la loi pertinente. Ces précautions devraient inclure la nécessité que le patient ait exprimé de façon répétée le désir d'être euthanasié, le consentement écrit des parents, des consultations avec au moins un autre médecin et la préparation d'un rapport par un médecin légiste.

L'assistance offerte par un médecin dans le cadre d'un suicide doit être volontaire et il ne doit pas craindre d'être poursuivi si les choses se déroulent comme elles le doivent. Pour moi, l'euthanasie est un dernier acte d'amour et de clémence. Après tout, nous n'hésitons pas à mettre un animal à mort lorsqu'il souffre et que la fin est proche. Ne devrions-nous pas étendre la même clémence à notre propre espèce? Je vous remercie.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci. Ce genre d'arguments nous ont été répétés sous bien des formes et nous avons également entendu le point de vue opposé. Le comité aura de la difficulté à peser le pour et le contre des deux points de vue évoqués dans le débat.

Le sénateur Keon: Madame la présidente, je suis heureux que le docteur Cottle ait pu entendre ce témoignage parce qu'il est très important que les gens qui dispensent des soins palliatifs s'efforcent de redresser cette situation. Malgré tout l'intérêt que présentent vos programmes, vous n'en faites pas profiter un segment substantiel de la population.

Le sénateur Corbin: Vous avez décrit les soins palliatifs comme une sorte de valeur incontestable dont tout le monde parle et considère probablement comme la solution absolue. Comment se fait-il que les soins palliatifs n'aient pas répondu aux besoins de votre épouse?

Le docteur Dunn: Je crois que, dans son cas, les soins palliatifs ont eu tout l'effet que l'on pouvait attendre d'eux. Elle a bénéficié de soins infirmiers pleins de compassion et ce que l'on a fait pour apaiser sa douleur était adéquat, quoique je dirais pas totalement suffisant. Sa douleur n'a pas été entièrement soulagée.

[Texte]

Palliative care cannot cope with the patient who is getting weaker. At the end she could no longer stand up. She finally became incontinent. All these things palliative care can do nothing about. This is just the degeneration that occurs in these cases.

When we talk about palliative care, we are really talking about pain relief. You have heard much about this from previous witnesses. However much improved it is, it can do so little for the other things which result from the continuing progression of the disease.

The Chairman: It is still a challenge for people.

Senator Lavoie-Roux: You have told us that, at the end, your wife could no longer walk and had become incontinent. Did she stay at home until the end?

Dr. Dunn: No, she was in palliative care for the last two weeks of her life.

Senator Lavoie-Roux: The problems of incontinence, not being able to walk and other limitations, were these addressed in palliative care?

Dr. Dunn: They did all they could. They sent someone to talk to her, counsel her and so on, but she was getting progressively worse. I do not mean pain-wise. The pain was reasonably taken care of. However, there are so many other aspects in a case like that. I am sure Dr. Keon is very well aware of this. It is not just the pain which we have to relieve.

Senator Desmarais: Where was this palliative care unit?

Dr. Dunn: In the last two weeks, she was in the palliative ward of our local general hospital. I have no complaints of the palliative care she received.

The Chairman: Thank you, Dr. Dunn.

Our final witness this evening is Ms Joahne Neubauer.

Ms Joahne Neubauer, Action Committee of People with Disabilities: Thank you. I am the president of our organization which is a consumer-led disability organization. Some of us have discussed issues about dying, so it is interesting for me to try to represent people with disabilities and their views on death and assisted suicide.

In my experience in talking to people with disabilities, it is a general first reaction that one wants to die when one first learns about a terminal illness. A person may feel like wanting to get even with someone. A person generally feels powerless, insignificant and unloved.

[Translation]

mais il est certain que ce qu'on lui a donné a considérablement amélioré les choses.

Les soins palliatifs ne peuvent rien pour le patient qui s'affaiblit. À la fin, elle ne pouvait plus tenir debout. Elle a fini par devenir incontinente. Les soins palliatifs ne peuvent rien au sujet de toutes ces choses puisqu'il s'agit simplement d'un processus de dégénérescence qui s'installe dans de tels cas.

Lorsque nous parlons de soins palliatifs, nous faisons en réalité référence au soulagement de la douleur. Les témoins précédents vous en ont beaucoup parlé. Quelle que soit la mesure dans laquelle ce soulagement a été amélioré, il n'a pas beaucoup d'effet sur les autres choses qui sont la conséquence de la progression de la maladie.

La présidente: C'est un défi qui reste à relever.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous nous avez dit que, à la fin, votre femme ne pouvait plus marcher et était devenue incontinente. Est-elle restée à la maison jusqu'au bout?

Le docteur Dunn: Non, elle se trouvait dans un service de soins palliatifs durant les deux dernières semaines de son existence.

Le sénateur Lavoie-Roux: Ces problèmes d'incontinence, cette incapacité à marcher et toutes les autres difficultés qu'elle éprouvait, s'en est-on occupé lors des soins palliatifs?

Le docteur Dunn: Le personnel a fait tout ce qu'il a pu. Le service envoyait quelqu'un lui parler, la conseiller et toutes ces sortes de choses mais son état empirait progressivement. Je ne veux pas dire du point de vue de la douleur qu'elle ressentait. Des dispositions raisonnables ont été prises pour apaiser la douleur. Toutefois, un cas comme celui-ci présente bien d'autres facettes. Je suis sûr que le docteur Keon en est très conscient. La douleur n'est pas la seule chose qu'il faut soulager.

Le sénateur Desmarais: Où était situé ce service de soins palliatifs?

Le docteur Dunn: Dans les deux dernières semaines, elle se trouvait dans le service de soins palliatifs de notre hôpital général local. Je n'ai pas à me plaindre de la qualité des soins qui lui ont été dispensés.

La présidente: Je vous remercie, docteur Dunn.

Notre dernier témoin de ce soir est Mme Joahne Neubauer.

Mme Joahne Neubauer, Action Committee of People with Disabilities: Merci. Je préside notre organisation, qui regroupe des citoyens qui s'intéressent à la situation des handicapés. Certains d'entre nous ont débattu des questions qui entourent la mort et je suis donc heureuse de pouvoir tenter de représenter les gens qui souffrent d'un handicap et d'exposer leurs points de vue sur la mort et le suicide assisté.

Les conversations que j'ai eues avec des personnes atteintes d'un handicap m'amènent à considérer que les personnes qui découvrent qu'elles sont condamnées commencent en général par vouloir mourir. On peut en venir à avoir envie de régler ses comptes avec quelqu'un. On se sent en général impuissant et sans importance et l'on a l'impression que l'on n'est pas aimé.

[Text]

I most often hear of death wishes from people who have those feelings of powerlessness, insignificance and of being unloved. They think their presence is not important to anyone. They believe there is nothing of importance they can do.

It seems to me there are three issues we must address when we talk about dying. There is the issue of a physical ability which would require assisted suicide if it went that far. Then there is the issue of life versus death in terms of what we are talking about. Then there is the issue of whose decision it should be.

Difficulties start to appear when you compare someone who is fully physically able, having decided their life is not worth living, to switch it off when they want to, versus someone who is physically disabled and not able to follow through on the same decision by themselves. The picture then becomes very different. It takes careful consideration for anyone to say which person should live and which person should not live.

Some of us are afraid that "professionals" will once again have authority and the power of life and death over us which is not what we are trying to advocate in our address. The decision must remain with us, with each individual, not with professionals, not with parents, and not with prospective parents. We hear about possible abortions based on the fact that the child might have a disability. Some of us really do not think that is the way to proceed.

Some people do want to die. They are looking for peace. They are looking for freedom, and sometimes for revenge.

Why is it so difficult for people to feel okay about dying? I think it is ironic that as long as you can take your own life, it is not illegal, whereas, if you cannot take your own life, it becomes a legal issue. Why should that be the case?

The need of some people to die seems to invoke many ideas from other people, many of which seem to revolve around our own discomfort with dealing with the subject of death. The discussions do not seem to revolve around whether life is difficult or meaningless but, rather, around: "I do not feel comfortable about you wanting to die."

Whether it is legal or illegal should only become an issue when a person has no physical ability to end his or her own life.

I would like to relate an example of a young fellow who needed intermittent catheterization. If someone goes to the hospital and has an operation that affects bladder function, when that person goes home, if physically able, he or she can insert a catheter and drain the bladder. In our example, the man had no hand function which would allow him to complete that task. That meant

[Traduction]

Ce sont le plus souvent les gens qui se sentent ainsi impuissants et sans importance et qui n'ont pas l'impression d'être aimés qui manifestent le désir de mourir. Ces gens croient que leur existence n'a d'importance pour personne. Ils considèrent qu'ils ne peuvent rien faire d'important.

Il me semble que trois questions doivent être analysées lorsque l'on parle de la mort. Il y a tout d'abord celle d'un état physique qui exigerait que le suicide soit assisté si les choses en venaient jusque là. Il y a ensuite le problème de l'opposition entre la vie et la mort du point de vue de ce qui nous intéresse et il y a enfin la question de savoir à qui la décision devrait appartenir.

Les problèmes commencent à surgir lorsque l'on compare quelqu'un qui est physiquement tout à fait capable, s'il décide que sa vie ne vaut pas la peine d'être vécue, d'y mettre un terme quand il le désire et celle de quelqu'un qui est physiquement handicapé et n'est donc pas en mesure de donner suite seul à la même décision. La situation devient alors très différente. Il faut soigneusement réfléchir avant de décider qui devrait vivre et qui ne le devrait pas.

Certains d'entre nous craignent que les «spécialistes» aient une fois de plus pouvoir de vie et de mort sur nous, ce qui n'est pas ce que nous nous efforçons de prôner dans notre témoignage. La décision doit continuer de nous appartenir, d'appartenir à chaque personne et non pas à des spécialistes, à des parents ou à des parents éventuels. Nous entendons évoquer la possibilité d'avortements qui se justifieraient par le fait que l'enfant pourrait avoir une invalidité. Certains d'entre nous ne croient vraiment pas qu'il s'agit là de la bonne façon de procéder.

Certaines personnes souhaitent effectivement mourir. Elles recherchent la paix. Elles recherchent la liberté et en font parfois même une forme de vengeance.

Pourquoi les gens ont-ils tant de mal à accepter sereinement la mort? Je crois qu'il y a une certaine ironie dans le fait qu'il ne soit pas illégal de s'enlever sa propre vie mais que cela pose un problème juridique si l'on ne peut pas le faire soi-même. Pourquoi cela devrait-il être le cas?

Le besoin de mourir qu'éprouvent certaines personnes semble susciter bien des idées chez d'autres, idées qui, dans bien des cas, semblent s'articuler autour du fait que le sujet de la mort nous met mal à l'aise. Le débat ne paraît pas tourner autour de la possibilité que la vie soit difficile ou n'ait plus de sens mais plutôt autour du fait que l'individu a du mal à accepter qu'un autre puisse vouloir mourir.

La question de savoir si la chose est légale ou illégale ne devrait donner lieu à un débat que lorsqu'une personne n'est pas physiquement en mesure de mettre un terme à sa propre existence.

J'aimerais vous raconter l'exemple d'un jeune homme qui avait périodiquement besoin d'utiliser un cathéter. Si quelqu'un se rend à l'hôpital pour subir une opération qui altère ses fonctions urinaires, cette personne peut, une fois revenue chez elle et si elle est physiquement capable de le faire, insérer un cathéter et drainer sa vessie. Dans notre exemple, ce jeune homme avait perdu

[Texte]

someone else had to do that for him, and it suddenly became a major issue in his life.

We felt that was probably challengeable under a person's individual rights to have control over their own body and to dictate who performs what function to their body. There is not enough appreciation of that. It seems to me that more attention is paid to the deaths of trees and the inhumane treatment of animals than is paid to the inhumane treatment of people with disabilities. There is far too much of it going on. It is difficult enough to live with a disability when your life is significantly altered due to the disability. You should not also have to be forced to live by other people's opinions on whether you should live your life or die. Yet, we do live with that.

Some of us live because we are unable to take our own lives. There is no real appreciation of the difficulties we face. This may sound like a hard-luck story but these are facts: Our lives are too hard; they are too painful; we are too poor; we are too lonely; we are too special; we are too obscure; and we are too often subject to disrespect. Our lives are too hard because every time we turn around we have to fight for our right to be here. We have to fight for our rights to be people with our own individual feelings, wants, needs and desires. Other people want to tell us how we should live our lives all the time.

Sometimes life is too painful because you have to leave because others will leave if you do not. A friend of mine was at a bingo hall. She is not a particularly, physically attractive person and she was told that other customers would leave if she did not leave, so she was asked to leave.

Can you imagine hearing that day after day? Can you tell me how someone would want to live when they keep hearing things like that and people keep treating them like that? She called the police and asked them to shoot her because she wanted to die but she could not take her own life. She said people who treat disabled people the way she was treated should be arrested. I agree with her but it will not happen. We are too poor. We do not have the financial resources to be seen as valuable customers in the market place. We receive financial support from government which means we have no rights as consumers because there is an idea out there that government funds must be distributed in a fair and equitable manner. That then means we are subject to somebody else's deeming of a fair and equitable distribution of funds.

[Translation]

l'usage de ses mains et ne pouvait pas le faire seul. Il fallait donc que quelqu'un d'autre le fasse à sa place et c'est soudainement devenu un problème majeur dans son existence.

Nous estimons que l'on peut probablement soutenir qu'en vertu des droits qu'a chaque individu, il devrait pouvoir décider ce qu'il adviendra de son propre corps et choisir qui fera quoi à son corps. Nous ne sommes pas assez sensibilisés à cette idée. Il me semble que l'on accorde davantage attention à la mort des arbres et aux traitements inhumains qui sont réservés aux animaux qu'à la manière inhumaine dont on traite les gens qui souffrent d'un handicap. Ce genre de choses est beaucoup trop fréquent. Il est déjà suffisamment difficile de vivre avec un handicap lorsque votre existence est substantiellement modifiée par celui-ci. On ne devrait pas en plus être contraint de suivre l'opinion d'autrui lorsqu'il s'agit de décider si l'on doit continuer de vivre ou si l'on peut mourir. Pourtant, nous subissons cette réalité.

Certains d'entre nous ne vivent que parce qu'ils sont incapables de se suicider. On ne comprend pas véritablement les difficultés auxquelles nous sommes confrontés. Cela sonne peut-être à vos oreilles comme le récit de l'existence de gens malchanceux mais ce sont des faits: Notre vie est trop dure; elle est trop douloureuse; nous sommes trop pauvres; nous sommes trop esseulés; nous sommes trop différents; nous sommes trop mal connus et l'on nous manque trop souvent de respect. Notre existence est trop pénible parce que chaque fois que nous voulons faire quelque chose, nous devons nous battre pour obtenir le droit de le faire. Nous devons nous battre pour le droit d'être des gens qui ont leurs propres sentiments, leurs propres désirs et leurs propres besoins. D'autres personnes veulent constamment nous indiquer comment nous devrions mener notre existence.

La vie est parfois trop douloureuse parce qu'il arrive qu'on doive quitter un endroit puisque, autrement, ce sont d'autres personnes qui s'en iront. Une amie à moi s'est trouvée une fois dans une salle de bingo. Elle n'est pas particulièrement attirante d'un point de vue physique et elle s'est fait dire que d'autres clients allaient partir si elle ne le faisait pas et on lui a donc demandé de s'en aller.

Pouvez-vous imaginer entendre ce genre de choses jour après jour? Pouvez-vous me dire comment une personne peut avoir envie de vivre lorsqu'elle ne cesse d'entendre ce genre de choses et que les gens la traitent constamment de cette façon? Elle a appelé la police et lui a demandé de l'abattre parce qu'elle voulait mourir mais qu'elle était incapable de se suicider. Elle a déclaré que les gens qui traitent les handicapés de la manière dont elle a été traitée devraient être arrêtés. Je suis d'accord avec elle mais cela n'arrivera pas. Nous sommes trop pauvres. Nous n'avons pas suffisamment de ressources financières pour que les commerçants nous considèrent comme des clients précieux. Nous bénéficions d'une aide financière de la part du gouvernement, ce qui signifie que nous n'avons aucun droit en tant que consommateurs parce que l'on considère que les fonds du gouvernement doivent être répartis de façon juste et équitable, ce qui fait que nous sommes prisonniers de la conception que peut avoir quelqu'un d'autre de ce qui constitue une répartition juste et équitable des fonds.

[Text]

If we do not like a service, it is just too bad. A customer can go to a gas station to fill up his car and, if he does not get good service, he will not go back to that gas station. However, if disabled people do not get good service from a public servant, we have no choices. We cannot go somewhere else because someone else distributes our money for us.

We are too obscure. If a disabled person tells someone without a disability that it takes them two hours just to get up in the morning to get ready for the day, a quip often comes back at us, "It takes me two hours too, because I am just slow at getting up." It does not matter to anyone that our choices are not the same. Can anyone really appreciate always needing two hours to get up? We have no choice. You could cut out your morning coffee. You could pass on reading your newspaper.

It physically takes us that long to get up. If we need an attendant so that we can be ready by seven in the morning, they might have to start at five. Does it matter to those who provide services? Usually not. They still expect you to be up at seven and be somewhere by eight.

We are too special. There are always clauses which allow people not to do something. For example, they need not do something if it causes undue hardship. They only have to comply with something called "reasonable accommodation". Those applications may be meant in a very broad way but the average person interprets them in a very narrow way and the impact of that interpretation often restricts our lives.

Can anyone appreciate the undue hardships we face daily, hourly, minute by minute, because someone thinks we might be in the way, that we might inconvenience someone, put people off by our appearance?

It is very difficult to be positive about life when you hear those types of comments so often. Sometimes just a look can convey those messages.

We are too subject to everyone else's interpretation of what we can and cannot have, what we should or should not do. We are subject to other people's evaluations of our competencies. Big Brother is watching but he seems only interested in watching others' perceptions of us.

Because I speak so well, I could not possibly represent people who cannot speak for themselves. That is what I have been told. How else could I have learned that the more disabling conditions one has, the harder one's life is, unless I listened in some way to people who cannot speak for themselves?

[Traduction]

Si nous n'aimons pas un service, nous ne pouvons rien y faire. Quelqu'un qui va faire le plein d'essence dans une station-service ira la prochaine fois acheter son essence ailleurs s'il n'a pas été bien traité. Mais les handicapés auxquels un fonctionnaire n'offre pas un bon service n'ont pas le choix. Nous ne pouvons aller ailleurs parce que c'est quelqu'un d'autre qui distribue notre argent.

Nous sommes trop obscurs. Si une personne handicapée dit à quelqu'un qui n'a pas d'invalidité qu'il lui faut deux heures juste pour se préparer le matin, on lui répond souvent en plaisantant: «Il me faut deux heures à moi aussi parce que je suis vraiment lent à me mettre en train». Personne ne se soucie du fait que nos choix ne sont pas les mêmes. Quelqu'un peut-il vraiment se rendre compte de ce que cela signifie, avoir toujours besoin de deux heures pour se lever? Or nous n'avons pas le choix. Vous pourriez vous passer de votre café du matin ou encore de lire votre journal.

Cela nous prend physiquement tout ce temps pour nous lever. Si nous avons besoin que quelqu'un nous aide pour pouvoir être prêt à 7 heures du matin, cette personne devra peut-être être là à 5 heures. Cela compte-t-il pour ceux qui offrent des services? Habituellement pas. Ils continuent de s'attendre à ce que nous soyons debout à 7 heures pour être quelque part à 8 heures.

Nous sommes trop différents. Il existe toujours des clauses qui permettent aux gens de ne pas faire quelque chose. Par exemple, ils ne sont pas tenus de faire quelque chose si cela entraîne des difficultés excessives. Ils sont uniquement tenus de respecter quelque chose que l'on appelle le principe «d'adaptation raisonnable». Le législateur a peut-être voulu donner un sens très large à de tels principes mais la personne moyenne les interprète de façon très restreinte et les répercussions de cette interprétation ont souvent pour effet d'imposer des contraintes à notre existence.

Quelqu'un peut-il se rendre compte des difficultés excessives auxquelles nous sommes confrontés tous les jours, à chaque heure, minute après minute, parce qu'une personne estime que nous pouvons gêner, que nous pouvons incommoder autrui, mettre les gens mal à l'aise par notre aspect?

Il est très difficile d'être positif au sujet de l'existence lorsque l'on entend si souvent ce type de commentaires. Dans certains cas, un simple regard peut faire passer de tels messages.

Nous dépendons trop de la façon dont quelqu'un d'autre interprète ce que nous pouvons ou ne pouvons avoir, ce que nous devrions ou ne devrions pas faire. Nous sommes liés par la manière dont d'autres personnes évaluent nos compétences. Le dictateur fraternel est aux aguets mais il ne semble pas vouloir faire autre chose que surveiller la manière dont les autres nous perçoivent.

Parce que je parle bien, il m'est impossible de représenter des gens qui ne peuvent s'exprimer par eux-mêmes. C'est ce que l'on m'a dit. De quelle autre façon aurais-je pu découvrir que plus on est affligé d'un handicap important et plus la vie est dure, si je n'avais pas écouté d'une certaine façon ceux qui ne peuvent s'exprimer par eux-mêmes?

[Texte]

We are too lonely because people are afraid of us. We do not communicate with each other enough about how our lives really are and how they come together for us. Because people have a hard time getting past their personal guilt, prejudice and ignorance, there is a wall. For some of us, it is impossible to make even a little chink appear in that wall, never mind to tear it all down.

For some people, the wounds have gone so deep that their feelings of despair and powerlessness, unimportance and of being overwhelmed make them believe they would be better off dead. When they tell me this, I cannot say no.

What can I give them as a reason to choose life? What can they personally do? They may never have had an education because they went to a special school and were not really challenged or given an opportunity to learn what they could have learned. Some highly educated people have become disabled and cannot use their education. They face all kinds of terrible experiences out there in the world. They want to know what difference they make. How many people will hang around someone who needs extra consideration?

A friend cannot just say to me, "Joahne, let's just go to a show." It is not that easy. I have to think about how I will get there. I have to think about toileting. I have to think about what happens when I get home, who will help me to bed. I cannot just up and go somewhere.

It takes a very dedicated person to remain a friend to a disabled person. What joy do they experience? What value do we have as a friend? It is hard to feel valuable when you get on a public bus and you have to displace people because someone else thinks you might be a hazard to someone's life. Now they have to flip up seats and buckle you down, and you have displaced six people just to get on the bus which is supposed to be accessible to everyone.

Every day you feel bad about those things. It does not matter that someone who has been drinking can get on that bus when they can barely walk. They do not have to be strapped down. They are not a hazard to anybody's safety.

It is kind of funny but it is kind of sad when you are refused a service because you smell. We have had people in that situation. The person who could have provided personal care support for that disabled person decided he or she did not need it, that they were not eligible because they did not have this disability or that disability.

If you do not fit into a certain slot, nobody will help you. If you do not ask the right questions, you do not get the answers you are looking for. I do not know how many times I have been told, "Well, you did not ask." My answer to a public servant is, "Well,

[Translation]

Nous sommes trop esseulés parce que les gens ont peur de nous. Nous ne nous parlons pas assez de la nature de nos existences respectives et de la façon dont les choses se passent en ce qui nous concerne. Comme les gens ont du mal à surmonter leur ignorance, leurs préjugés et leurs sentiments de culpabilité, nous nous heurtons à un mur. Pour certains d'entre nous, il est impossible d'arriver même à ébrécher ce mur, alors nous ne pouvons songer à l'abattre.

Chez certains, les blessures sont si profondes que leur sentiment de désespoir et d'impuissance, leur sentiment d'être insignifiants et d'être dépassés par la réalité les amènent à croire qu'il vaudrait mieux qu'ils meurent. Lorsqu'ils me disent une chose pareille, je ne peux pas les contredire.

Que puis-je leur donner comme raison de choisir la vie? Que peuvent-ils personnellement faire? Il n'ont peut-être jamais reçu d'éducation parce qu'ils ont fréquenté une école spéciale et qu'on ne les a pas réellement poussés ou qu'on ne leur a pas donné l'occasion d'apprendre ce qu'ils auraient pu apprendre. Certaines personnes très éduquées qui sont devenues handicapées par la suite ne peuvent mettre leur éducation à profit. Elles se trouvent confrontées à toutes sortes d'expériences éprouvantes. Elles veulent savoir quelle différence elles font. Combien de gens s'attarderont auprès de quelqu'un qui a besoin d'un peu de considération supplémentaire?

Un ami ne peut pas simplement venir me voir en me disant: «Joahne, allons voir un spectacle». Ce n'est pas si facile. Je dois réfléchir à la façon dont je vais m'y rendre. Je dois penser à mes besoins hygiéniques. Je dois me demander ce qui se passera quand je rentrerai chez moi, qui m'aidera à me coucher. Je ne peux pas simplement décider d'aller quelque part.

Il faut être très dévoué pour entretenir une amitié avec une personne handicapée. Quel plaisir pouvons-nous procurer? Quel intérêt présentons-nous en tant qu'ami? Il est difficile d'avoir l'impression que l'on compte lorsque l'on monte dans un autobus et que l'on doit faire déplacer des gens parce que quelqu'un d'autre estime que vous pourriez mettre en danger la vie d'autrui. Ils doivent maintenant rabattre des sièges et nous attacher et l'on doit donc faire déplacer six personnes juste pour monter dans un autobus qui est censé être accessible à tout le monde.

Chaque jour, ce genre de choses nous amène à nous sentir coupable. Cela n'a pas d'importance si quelqu'un qui a bu peut monter dans cet autobus même s'il peut à peine marcher. On n'exige pas qu'il soit attaché. Il ne constitue pas un danger pour la sécurité de qui que ce soit.

Cela peut paraître bizarre mais il est assez triste de se voir refuser un service parce que l'on sent mauvais. Nous avons eu des gens dans ce cas. La personne qui aurait pu offrir des soins personnels à l'handicapé en question a décidé que cet handicapé n'en avait pas besoin, qu'il n'avait pas droit à ce service parce qu'il n'a pas tel ou tel handicap.

Si vous ne correspondez pas à une certaine description, personne ne vous aide. Si vous ne posez pas les bonnes questions, vous n'obtenez pas les réponses que vous cherchez. Je ne sais plus combien de fois on m'a dit: «Eh bien, vous n'avez pas demandé.»

[Text]

you did not tell me. Do you not think you have a responsibility to tell me when I do not know about these things like somebody who works in the field? It should be your responsibility to take the initiative, not mine to ask the right question.”

Many disabled people have bought into the message, lock, stock and barrel, that they have no right to be here. They feel they are in the way, that they do not belong, they do not look right, they do not act right, they have no rights at all. Anyone else whose spirit has been wounded to that point could physically take their life, as I mentioned. Imagine if you cannot accomplish that. Would you want to be bound by a legal issue? You cannot ask anyone to help you take your life. It is a tough topic.

I watched one of the House of Commons presentations on T.V. One of the ministers said, that to say, “assisted suicide” was like saying “murder” actually. In a way, you know, it is. We are saying you should help to kill us because if you will not give us proper support, it is very difficult to live. Some of us cannot face these battles on a daily basis and survive. We just cannot.

In my opinion, it makes some sense to call it “assisted suicide” and let us have some dignity. Let us prepare for death instead of waiting for it to happen because somebody failed to do something or somebody made a mistake which sends us on our way before we are ready. Recently, a friend of mine died. We had been requesting home support for him for two years. We never got it. By the time he died, his caregivers were working almost 24 hours a day. He never got the help he needed. His choice of lifestyle was not supported by some people but he still, I believe, deserved proper support. He did not get it; and no one listened to us.

I have many questions in my mind about why no one listened to our request to help this man. We tried to get psychiatric help for him; no one would pay for it. He could not pay for it. If I sound a little bit angry, if I sound like I have a chip on my shoulder, I guess it is true.

So much of our lives are dependent on taxpayers’ money. It is not so much the money but the people who watch the money. We must submit requests in writing, support them with documentation oftentimes *ad nauseam*, just to receive what many other people have. You can only have some things when you have the money to pay for them. We must submit letters and documentation and we do not always have the skills or the knowledge to cope with that.

[Traduction]

Dans ce cas, je réponds à un fonctionnaire: «Eh bien, vous ne me l’avez pas dit. Ne pensez-vous pas qu’il vous incombe de me donner des explications quand je ne connais pas ces choses aussi bien que quelqu’un qui travaille dans le domaine? Vous devriez avoir la responsabilité de prendre l’initiative, ce ne devrait pas être à moi de poser la bonne question.»

Nombre de personnes handicapées se sont laissées complètement convaincre qu’elles n’ont aucun droit d’être ici. Elles ont l’impression de gêner, de ne pas être à leur place, de ne pas avoir la bonne apparence, de ne pas agir de la bonne façon, de n’avoir aucun droit. Toute autre personne dont l’esprit a été blessé à ce point pourrait, comme je l’ai mentionné, faire ce qu’il faut pour cesser de vivre. Mais imaginez que vous ne soyez pas en mesure de poser un tel acte. Voudriez-vous être lié par une question juridique? Il vous est impossible de demander à quelqu’un de vous aider à vous suicider. C’est une question très difficile.

J’ai regardé à la télévision une des séances de la Chambre des communes. Un des ministres a avancé que le fait de dire «suicide assisté» revenait en fait à parler de «meurtre». D’une certaine façon, savez-vous, c’est bien le cas. Nous disons que vous devriez nous aider à nous tuer parce qu’il est très difficile de vivre si l’on ne nous accorde pas le soutien qui convient. Certains d’entre nous ne sont pas capables de se battre ainsi quotidiennement et de survivre. Nous n’y arrivons tout simplement pas.

Selon moi, il est passablement rationnel d’appeler cela un «suicide assisté» et de nous laisser préserver une certaine dignité. Laissez-nous nous préparer à la mort au lieu d’attendre qu’elle nous fauche parce que quelqu’un n’a pas fait ce qu’il aurait dû faire ou a commis une erreur qui nous expédie dans l’au-delà avant que nous soyons prêt. Un de mes amis est mort récemment. Cela faisait deux ans que nous réclamions qu’on lui offre un soutien à domicile. Il ne l’a jamais obtenu. Lorsqu’il est mort, les personnes qui s’occupaient de lui travaillaient presque 24 heures par jour. Il n’a jamais reçu l’aide dont il avait besoin. Certaines personnes n’approuvaient pas la façon dont il avait choisi de vivre mais je crois qu’il méritait néanmoins de bénéficier d’un soutien adéquat. Il ne l’a pas obtenu et personne ne nous a écouté.

Je me pose bien des questions sur les raisons pour lesquelles personne ne nous a écouté lorsque nous avons sollicité de l’aide pour cet homme. Nous avons tenté de lui obtenir une aide psychiatrique mais personne ne voulait payer pour. Il n’avait quant à lui pas les moyens. Je vous donne peut-être l’impression d’être un peu en colère et d’en vouloir à tout le monde et je suppose que vous avez raison.

Notre existence dépend énormément de l’argent du contribuable. Le problème, ce n’est pas tant l’argent que les personnes qui surveillent la façon dont il est utilisé. Nous devons présenter des demandes par écrit, les étayer par des documents de référence, fréquemment *ad nauseam*, simplement pour obtenir ce qu’ont nombre d’autres personnes. On ne peut avoir certaines choses que si l’on a les moyens de les payer. Nous devons présenter des lettres et des documents de référence et nous n’avons pas toujours les connaissances ou les compétences qu’il faudrait pour cela.

[Texte]

I do not know if anyone here has done any advocating on behalf of another individual. If you have, it is not as simple as just requesting something. You must know the law. You must know the policies. You must know how to word your letters. You must know how to put in your requests. You must know that, if it is denied by one person, you can talk to someone else. Sooner or later you run out of energy. You just cannot continue. We are asking people who are already overwhelmed by their disability to do all these extra things.

The odd thing here is that we have to rely on bureaucrat professionals. I do not mean to insult anybody but that is a distinctive way of describing people in the business of doing things like this. If a professional deems something as gospel, then so sayeth the Lord. However, if someone with a disability says something is so, it is not necessarily so. Apparently, we do not know. We do not know about ourselves. We do not know about our lives. We suddenly have horns. Yet, the credibility of the bureaucrat is not questioned.

I say that we, above all, should know what is important in our own lives. We should know what we want in our lives and what we do not want. We must stop and put our money where our mouths are. We must legalize euthanasia and assisted suicide as legal and even view them in a positive light, because many of us will choose to take those steps. We just cannot keep going on. That concludes my presentation.

Senator Lavoie-Roux: Thank you. Obviously you feel, and perhaps properly so, that you have not received the proper home support or other types of support in terms of activities, financial resources and so on. You said that, if people do not start putting their money where their mouths are, some disabled people will resort to ending their lives. Do I understand correctly that your pleading for the alternative to end your life relates to a lack of resources, and that, if there were the proper resources, this would not be an issue for many handicapped people?

Ms Neubauer: That is the way I see it, yes. Some disabled people have never learned social skills, and have never learned how to be financially responsible. Many able people spend money without even thinking about it. Once you become disabled, then you really must begin to think about it. If you have never learned that, you need even more support, support that is not there for you. If you are developmentally handicapped, supposedly a life-skills teacher will help you. However, they never really approach it from the point of view of a consumer who needs the help. It is always as an outsider, Big Brother teaching Little Brother that this is how it must be done and this is how it will work. They have no real understanding of how to cope on an income of \$700 per month with a rent

[Translation]

Je ne sais pas s'il y a parmi vous des gens qui ont pris la défense d'autres personnes. Ceux qui l'ont fait savent qu'il ne suffit pas de demander quelque chose. Il faut connaître la loi. Il faut connaître les politiques. Il faut savoir comment rédiger ses lettres. Il faut savoir comment présenter ses demandes. Il faut savoir que si l'on se heurte au refus d'une personne, il est possible de parler à quelqu'un d'autre. Tôt ou tard, on épuise son énergie. On ne parvient plus à continuer. Or, on demande à des gens qui sont déjà accablés par leur handicap de faire toutes ces choses supplémentaires.

Ce qui est étrange dans ce cas, c'est que nous soyons contraints de nous fier à des bureaucrates professionnels. Je ne veux insulter personne mais c'est là une façon précise de décrire les gens qui sont chargés de s'occuper de choses comme celles-ci. Si quelqu'un dont c'est le métier estime que quelque chose est parole d'évangile, il n'y a plus à revenir dessus. Toutefois, si quelqu'un qui souffre d'un handicap dit que quelque chose se passe d'une certaine manière, ce n'est pas nécessairement vrai. Apparemment, nous ne savons pas. Nous ne nous connaissons pas nous-même. Nous ne connaissons pas notre existence. Nous avons soudainement des cornes. Mais la crédibilité du bureaucrate, elle, n'est pas mise en doute.

Je dis que c'est nous, avant qui que ce soit d'autre, qui savons ce qui est important dans notre propre existence. Nous savons ce que nous attendons de notre vie et ce que nous ne voulons pas. Nous devrions commencer à accorder nos décisions financières avec nos paroles. Nous devrions légaliser l'euthanasie et le suicide assisté et même les considérer sous un jour positif parce que nombre d'entre nous choisiraient d'emprunter cette voie. Nous ne pouvons simplement plus continuer. Cela termine mon exposé.

Le sénateur Lavoie-Roux: Merci. À l'évidence, vous avez l'impression, et vous avez peut-être raison, de ne pas avoir bénéficié de services de soutien à domicile appropriés ou d'autres formes de soutien sur le plan des activités, des ressources financières, et cetera. Vous avez dit que si les gens ne commencent pas à mettre leurs décisions financières en accord avec leurs paroles, certaines personnes handicapées en viendront à mettre un terme à leur existence. Si je comprends bien, vous demandez à pouvoir en finir avec l'existence parce que vous manquez de ressources, ce qui veut donc dire que si les ressources étaient appropriées, cette question ne se poserait pas pour bien des handicapés, est-ce bien ça?

Mme Neubauer: Oui, c'est bien comme ça que je vois les choses. Certains handicapés n'ont jamais acquis d'aptitudes sociales et n'ont jamais appris ce qu'il faut faire pour être financièrement responsables. Bien des gens en pleine possession de leurs moyens physiques dépensent de l'argent sans même y penser. Lorsque l'on devient handicapé, on doit réellement commencer à y réfléchir. Si l'on n'a jamais appris cela, on a besoin d'encore plus de soutien, un soutien qui ne vous est pas offert. Si vous souffrez d'un handicap mental, quelqu'un est censé venir vous apprendre à être fonctionnellement autonome. Toutefois, ces personnes ne voient jamais réellement les choses du point de vue d'un consommateur qui a besoin de l'aide en question. C'est toujours quelqu'un qui se situe en dehors du contexte, un

[Text]

expense of \$500 or \$600 per month. No one can budget that kind of money and come up with a decent diet, some recreation, and some interaction with people who help make your life meaningful.

It is the interaction with other people which makes a life meaningful. If you cannot get out there and do that, you are isolated. Sometimes people need help to adapt to their disability. There is no support for that. Some people need to learn that life is not over when you become disabled. For myself, I feel very positive about life. I try to encourage people who feel discouraged. However, I cannot honestly say that, yes, life is great, because I know it is not. Sometimes it is hell.

Senator Lavoie-Roux: Is the level of services for handicapped people fairly identical through the country?

Ms Neubauer: No.

Senator Lavoie-Roux: You are from British Columbia, I gather?

Ms Neubauer: Yes.

Senator Lavoie-Roux: Is it worse here than other parts of Canada? In some provinces, I know quite a bit about what is done for the handicapped. Do you feel your situation is pretty much similar to those disabled people who live in other provinces?

Ms Neubauer: From what I hear, B.C. is probably ahead of any other province. However, we are still restricted. It does not really matter because many services are provided without the participation of people with disabilities. Other people are deciding what we need and what needs to be done for us. Crazy criteria are set up and there are crazy ways of doing things. Then we must try to fit that mould instead of the other way around.

From what I see, you cannot go from province to province. I should not use a move from Ontario as a comparison because they may actually have a direct transfer process, but some provinces do not. If you move here from a province with no direct transfer, you may lose your qualification as a disabled person; you may lose a certain income and support level along with that designation.

When you move to B.C., you must be on three months' straight income assistance. Someone with a disability will not likely survive that. They may sell drugs. They may prostitute them-

[Traduction]

grand frère qui enseigne à un petit frère que c'est ainsi que l'on doit faire et que c'est de cette manière que cela fonctionnera. Ils ne comprennent pas vraiment comment on peut se débrouiller avec un revenu de 700 \$ par mois alors que le loyer en coûte 500 \$ ou 600 \$. Personne ne peut fonctionner avec ce genre de budget et avoir une alimentation décente, quelques loisirs et un peu d'interaction avec des gens qui vous aident à donner un sens à votre existence.

C'est l'interaction avec d'autres personnes qui donne un sens à la vie. Si vous ne pouvez aller voir et faire des choses, vous êtes isolé. Les gens ont parfois besoin d'être aidés à s'adapter à leur invalidité. Il n'y a pas de soutien pour ce genre de choses. Certaines personnes ont besoin d'apprendre que la vie n'est pas finie lorsque l'on devient handicapé. Je me fais quant à moi une idée très positive de la vie. Je m'efforce de remonter le moral aux gens qui se sentent découragés. Toutefois, je ne peux honnêtement pas dire que oui, la vie est merveilleuse, parce que je sais que ce n'est pas le cas. C'est parfois l'enfer.

Le sénateur Lavoie-Roux: Le niveau de services offert aux personnes handicapées est-il relativement uniforme dans tout le pays?

Mme Neubauer: Non.

Le sénateur Lavoie-Roux: Vous venez de Colombie-Britannique, me semble-t-il?

Mme Neubauer: Oui.

Le sénateur Lavoie-Roux: Est-ce pire là-bas que dans d'autres parties du Canada? Je suis relativement au courant de ce qui est fait pour les handicapés dans certaines provinces. Avez-vous l'impression que votre condition est passablement la même que celle des handicapés qui vivent dans d'autres provinces?

Mme Neubauer: D'après ce que j'entends dire, la Colombie-Britannique fait probablement mieux que toute autre province. Toutefois, nous continuons de subir des contraintes. Cela n'a pas vraiment d'importance parce que nombre de services sont assurés sans la participation de personnes handicapées. D'autres personnes décident ce dont nous avons besoin et ce qu'il faut faire pour nous. Des critères ridicules sont élaborés et l'on impose des façons absurdes de faire les choses. On attend ensuite de nous que nous essayons de rentrer dans ce moule alors que cela devrait être le contraire.

D'après ce que je peux voir, on ne peut pas passer d'une province à l'autre. Je ne devrais pas prendre pour exemple un déménagement en Ontario parce qu'il est possible que l'on y ait effectivement mis en place une procédure de transfert direct, mais ce n'est pas le cas dans certaines provinces. Si vous emménagez ici en venant d'une province où il n'y a pas de transfert direct, vous risquez de ne plus être considéré comme une personne handicapée; vous pourriez alors perdre un certain niveau de revenu et de soutien dont vous bénéficiez parce que vous étiez considéré comme handicapé.

Lorsque vous emménagez en Colombie-Britannique, vous devez fonctionner durant trois mois avec une aide financière ordinaire. Il est peu probable que quelqu'un qui souffre d'un

[Texte]

selves. They may beg on the streets. No one wants to do these kinds of things but how else can a person survive?

The Chairman: May I just ask, for clarification, a question related to the story of the patient who needed the catheter inserted? Was this done against his will? Was it a necessary procedure?

Ms Neubauer: It was a necessary procedure. However, we argued on his behalf with the authorities that his caregivers should be allowed to do it, but the bureaucrats insisted a nurse should do it. By insisting that a nurse do it, he would be required to live in a facility so that nurses would be able to do any necessary catheterization around the clock. He did not have a permanent, indwelling catheter because there was no way of providing him with the other support that that requires.

We argued that, if somebody without a physical disability can do their own intermittent catheterization, it is not a nurse's duty. A nurse does not have to do it for you.

The Chairman: It just complicates your life more.

Ms Neubauer: Yes, that is right. We argued and fought for him on this. We believed it was wrong. They finally wrote a letter to us acknowledging it was happening but not really endorsing it.

The Chairman: How many people do you represent? You said you are president of this group.

Ms Neubauer: People with disabilities make up approximately 16 per cent of the population in B.C., particularly in Victoria where I come from.

The Chairman: You represent that whole group? Is it province-wide?

Ms Neubauer: We are not a province-wide organization. In our area of Victoria, 16 per cent of the population would be people with disabilities of one sort or another.

The Chairman: Do you believe that you represent the views of most of those people whom you know well, in saying there should be a right to assisted suicide, or is this your own personal opinion?

[Translation]

handicap puisse passer à travers cette épreuve. Cette personne peut se mettre à vendre de la drogue. Elle peut se prostituer. Elle peut aller mendier dans la rue. Personne ne veut faire ce genre de choses mais de quelle autre façon quelqu'un peut-il survivre?

La présidente: Je voudrais vous poser, pour préciser les choses, une question qui se rapporte à l'histoire du patient qui avait besoin d'un cathéter. Cela a-t-il été fait contre sa volonté? S'agissait-il d'une intervention nécessaire?

Mme Neubauer: C'était une intervention nécessaire. Toutefois, nous avons essayé en son nom de convaincre les autorités de permettre aux personnes qui s'occupaient de lui de le faire mais les bureaucrates insistaient pour que ce soit une infirmière. Parce que l'on insistait pour qu'une infirmière s'en charge, il aurait fallu qu'il soit placé dans un établissement spécialisé afin que les infirmières puissent procéder à n'importe quel moment au cathétérisme requis. Il ne disposait pas d'un cathéter permanent à domicile parce qu'il n'était pas possible de lui assurer le soutien supplémentaire que cela nécessite.

Nous avons soutenu que si quelqu'un qui ne souffre pas d'un handicap physique peut procéder à son propre cathétérisme intermittent, ce n'est pas à une infirmière de le faire. Il n'est pas nécessaire qu'une infirmière le fasse pour vous.

La présidente: Cela ne fait que compliquer votre existence davantage.

Mme Neubauer: Oui, c'est exact. Nous nous sommes battus pour lui sur ce plan. Nous étions convaincus que les autorités avaient tort. Elles ont fini par nous envoyer une lettre reconnaissant que les choses ne se passaient pas comme elles auraient dû mais sans vraiment admettre la validité de nos arguments.

La présidente: Combien de personnes représentez-vous? Vous avez déclaré être la présidente de ce groupe.

Mme Neubauer: Les personnes qui souffrent d'un handicap constituent approximativement 16 p. 100 de la population de Colombie-Britannique, surtout à Victoria, d'où je viens.

La présidente: Vous représentez l'intégralité de ce groupe? Est-ce une organisation d'envergure provinciale?

Mme Neubauer: Nous ne sommes pas une organisation d'envergure provinciale. Dans notre région de Victoria, 16 p. 100 de la population est affligée d'une forme ou d'une autre de handicap.

La présidente: Croyez-vous que vous exposez le point de vue de la plupart des gens que vous connaissez bien lorsque vous dites que l'on devrait avoir droit au suicide assisté ou s'agit-il de votre opinion personnelle?

[Text]

Ms Neubauer: Interestingly, no one necessarily talks about a right to assisted suicide. However, they do talk about wanting to be able to die. If that means they need help to do that, then that is what it means to them. Do I represent them? Yes, I represent the people whom I have encountered and talked to about these particular issues. I have listened to quite a number of people.

The Chairman: Do you think that feeling represents, say, 50 per cent of the people whom you know well or with whom you are in communication?

Ms Neubauer: It probably represents 80 per cent of the people with whom I have been in communication, yes.

The Chairman: Do I understand you correctly that, from your point of view, you have no fear of a change in the law and, in fact, you would welcome a change in the law?

Ms Neubauer: Probably.

The Chairman: Have you any fear of any aspect of that?

Ms Neubauer: Yes. As I mentioned, the fear is that someone else will have control over that decision. That cannot be the case. I must have control over that decision.

We do not want professional people saying, "Your child will be disabled so you should have an abortion". We do not want professional people saying, "Your life will be hell, I think you should end it".

For some people, life is just very difficult. They cannot speak, they cannot do much, but they want to live.

I will not take that away. I will not say that they should die, because I want to live. My life is hard, too. We need to have all the options available to us. If we call it assisted suicide, okay, but let us not make it illegal to help someone die if that is what they need to do and they cannot do it themselves.

Senator Lavoie-Roux: Do you feel the risk would be greater with a handicapped person, that someone else would make the decision in their place?

Ms Neubauer: I am really afraid of that, yes.

The Chairman: But you still want that change in the law?

Ms Neubauer: We do not want it to be illegal. That, I think, is a difference. We do not think it should be a crime to help someone die. However, we do not think it should be someone else's decision.

[Traduction]

Mme Neubauer: Il est intéressant de constater que personne ne parle nécessairement d'un droit au suicide assisté. Toutefois, les gens disent qu'ils veulent pouvoir mourir. Si cela signifie qu'ils ont besoin d'aide pour pouvoir mettre fin à leurs jours, eh bien c'est ce que cela veut dire pour eux. Est-ce que je les représente? Oui, je représente les gens que j'ai rencontrés et à qui j'ai parlé de ces questions spécifiques. J'ai écouté le point de vue de bon nombre de gens.

La présidente: Croyez-vous que ce sentiment est partagé par, disons, 50 p. 100 des personnes que vous connaissez bien ou avec lesquelles vous êtes en relation?

Mme Neubauer: Il est probablement partagé par 80 p. 100 des gens avec lesquels j'ai été en contact, oui.

La présidente: Est-ce que je vous comprends bien lorsque je dis que, en ce qui vous concerne, vous ne craignez pas une modification de la loi et que, en fait, vous souhaitez que la loi soit modifiée?

Mme Neubauer: Probablement.

La présidente: Avez-vous des inquiétudes au sujet d'un des aspects de cette question?

Mme Neubauer: Oui. Comme je l'ai mentionné, ce que je crains, c'est que quelqu'un d'autre puisse prendre cette décision à ma place. Les choses ne doivent pas se passer ainsi. Je dois pouvoir prendre moi-même cette décision.

Nous ne voulons pas que des spécialistes puissent dire: «Votre enfant sera handicapé et vous devriez donc vous faire avorter». Nous ne voulons pas que des spécialistes soient en position de dire: «Votre vie sera un enfer, je pense que vous devriez y mettre un terme».

Pour certaines personnes, la vie est tout simplement très difficile. Elles ne peuvent parler, elles ne peuvent pas faire grand-chose mais elles veulent vivre.

Je ne veux pas leur enlever ça. Je ne dirais pas qu'elles devraient mourir parce que je veux vivre. Ma vie est difficile aussi. Nous avons besoin que toutes les options nous soient ouvertes. Si l'on veut appeler cela du suicide assisté, d'accord, mais que l'on ne rende pas illégal d'aider quelqu'un à mourir si c'est ce que cette personne veut et qu'elle ne peut mettre elle-même fin à ses jours.

Le sénateur Lavoie-Roux: Croyez-vous que, pour une personne handicapée, il y aurait davantage de risques que quelqu'un d'autre prenne cette décision à sa place?

Mme Neubauer: Oui, je crois réellement que cela peut arriver.

La présidente: Mais vous voulez néanmoins que la loi soit modifiée?

Mme Neubauer: Nous ne voulons pas que cela soit illégal. C'est là, je pense, que se situe la différence. Nous ne croyons pas qu'il devrait être criminel d'aider quelqu'un à mourir. Toutefois, nous ne pensons pas que cette décision devrait être prise par quelqu'un d'autre.

[Texte]

The Chairman: Are you saying you are most concerned that there be strict safeguards and that it should be the decision of the person?

Ms Neubauer: That is right.

The Chairman: Thank you very much for coming today.

The committee adjourned.

[Translation]

La présidente: Dites-vous que vous souhaitez surtout que des mesures strictes soient prises pour éviter les abus et que la décision incombe à la personne concernée?

Mme Neubauer: C'est exact.

La présidente: Je vous remercie beaucoup d'être venue aujourd'hui.

Le comité suspend ses travaux.

WITNESSES (Cont'd) — TÉMOINS (Suite)

From the Compassionate Healthcare Network Association:

Cheryl Eckstein;
Dr. Michael Newton;
Dr. Robert Pankratz.

As an individual:

Hilda Kreig.

As an individual:

Patricia Rodney.

As an individual:

Tom Sigurdson.

As an individual:

Susan House.

As an individual:

Louise Normandin-Miller.

Real Women of British Columbia:

Cecilia Von Dehn.

As an individual:

Rev. Bernard Osborg.

Focus on the Family:

Dr. Margaret Cottle.

As an individual:

Dr. R.W. Dunn.

As an individual:

Joahne Neubauer.

De «The Compassionate Healthcare Network Association»:

Cheryl Eckstein;
Le docteur Michael Newton;
Le docteur Robert Pankratz.

À titre personnel:

Hilda Kreig.

À titre personnel:

Patricia Rodney.

À titre personnel:

Tom Sigurdson.

À titre personnel:

Susan House.

À titre personnel:

Louise Normandin-Miller

De «Real Women of British Columbia»:

Cecilia Von Dehn.

À titre personnel:

Le révérend Bernard Osborg.

De «Focus on the Family»:

Le docteur Margaret Cottle.

À titre personnel:

Le docteur R.W. Dunn.

À titre personnel:

Joahne Neubauer.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Groupe Communication Canada — Édition
Ottawa, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Pro-Life Society of British Columbia:

Betty Green.

From Kelowna Right to Life:

Ted Gerk.

From Goodbye: A Right to Die Society:

Charles Clapham;

Darline Miller.

From the University of Victoria:

Eike-Henner W. Kluge.

From the Evangelical Fellowship of Canada:

Bruce Clemenger;

Janet Buckingham;

Stanley Grenz;

Edwin Hui;

Walter Lawrence.

As an individual:

John Boram;

David Boram.

As an individual:

Dr. Scott Wallace.

The Archdiocese of Vancouver:

Archbishop Adam Exner;

Peter Ryan.

De «The Pro-Life Society of British Columbia»:

Betty Green.

De «Kelowna Right to Life»:

Ted Gerk.

De «Goodbye: A Right to Die Society»:

Charles Clapham;

Darline Miller.

De «The University of Victoria»:

Eike-Henner W. Kluge.

De «The Evangelical Fellowship of Canada»:

Bruce Clemenger;

Janet Buckingham;

Stanley Green;

Edwin Hui;

Walter Lawrence.

À titre personnel:

John Boram;

David Boram.

À titre personnel:

Le docteur Scott Wallace.

De l'Archevêché de Vancouver:

Archevêque Adam Exner;

Peter Ryan.

OCT 4 1995

